

**UNIVERSIDADE DE LISBOA**

**FACULDADE DE PSICOLOGIA**



**DIMENSÕES DA PERSONALIDADE E DA VINCULAÇÃO EM  
PACIENTES COM SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA – ESTUDO  
EXPLORATÓRIO**

**Raquel Maria Machado Campaniço Ferreira Martins**

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA**

**(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde  
Núcleo de Psicoterapia Cognitiva – Comportamental e Integrativa)**

**2011**

**UNIVERSIDADE DE LISBOA**

**FACULDADE DE PSICOLOGIA**



**DIMENSÕES DA PERSONALIDADE E DA VINCULAÇÃO EM  
PACIENTES COM SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA – ESTUDO  
EXPLORATÓRIO**

**Raquel Maria Machado Campaniço Ferreira Martins**

**Dissertação, orientada pela Prof. Doutora Rosa Ferreira Novo**

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA**

**(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde  
Núcleo de Psicoterapia Cognitiva – Comportamental e Integrativa)**

**2011**

## AGRADECIMENTOS

Este trabalho marca o final de uma etapa. A etapa do estudo, da aprendizagem, da esperança no futuro. Estes, foram anos de constante crescimento pessoal e profissional, que me permitiram chegar aqui e ser quem sou.

E porque sozinhos não somos ninguém, esta caminhada tão intensa não tinha sido possível sem a presença de pessoas extraordinárias. O meu núcleo familiar, pais e irmãos, que tanto me ajudaram a construir-me como pessoa e a passar pelas situações mais difíceis deste percurso. A minha família alargada, avós, tios, primos e sogros, que me deram o apoio de retaguarda e estiveram sempre lá quando precisei. Tu, Carlos, companheiro para toda a vida, meu “porto seguro”, que sempre me deste alento para continuar. As minhas amigas, Marlene e Silvia, porque muitos obstáculos foram ultrapassados nas longas conversas no bar. Os professores da faculdade, que permitiram o início da minha caminhada na psicologia. E especialmente a Professora Rosa Novo e o Professor Branco-Vasco, que através do exemplo tanto me ensinaram e com quem aprendi a crescer como profissional.

No estudo houve também intervenção, directa e indirecta, de pessoas e entidades que me ajudaram na recolha de dados, sendo elas, o Dr. Jaime Grácio, a Carina, a Direcção da Clínica Psiquiátrica de S. José, Psiquiatras, e Enfermeiros. Por último, mas os mais importantes, os participantes deste estudo, pois sem eles este trabalho não fazia sentido.

Porque sem vocês não tinha sido possível chegar aqui,  
Muito Obrigada.

## RESUMO

A Perturbação Depressiva pode ser conceptualizada, segundo S. Blatt e colaboradores (2008), como uma perturbação no desenvolvimento da personalidade que ocorre devido a um desequilíbrio da interacção dialéctica entre as duas linhas fundamentais do desenvolvimento: a do relacionamento interpessoal e a da individualidade. Perturbações ao nível do relacionamento interpessoal com características de dependência dos outros dão origem a perturbações anaclíticas. Perturbações ao nível da individualidade, com características de auto-crítica dão origem a perturbações introjectivas. Estas perturbações estarão associadas a padrões de vinculação específicos e a formas próprias de construir representações mentais de si e dos outros.

O presente estudo foi delineado tendo como objectivo explorar dimensões de personalidade e de vinculação, subjacentes a diferentes experiências depressivas de tipo anaclítico e introjectivo. Foram aplicados os instrumentos MMPI-2, QED e EVA a um conjunto de adultos ( $N = 10$ ) internados numa Clínica Psiquiátrica com diagnóstico de Perturbação Depressiva.

Foram identificados três tipos de perfis no MMPI-2, representando configurações de personalidade diferentes, as quais se afiguram associadas às depressões anaclíticas e introjectivas. No entanto, esta relação não se apresentou clara, indicando a possível dificuldade em caracterizar de forma diferenciada os dois tipos de depressão em indivíduos com perturbação psicopatológica em fase aguda. Os resultados obtidos com os outros dois instrumentos (QED e a EVA) foram relativamente homogéneos e não se revelaram claros na caracterização dos participantes.

Conclui-se existir a necessidade de mais estudos, com recurso a outro tipo de metodologias, onde seja possível aprofundar as relações entre a vinculação e as perturbações depressivas, anaclítica e introjectiva.

Palavras-chave: depressão; personalidade; depressão anaclítica; depressão introjectiva; vinculação

## ABSTRACT

According to Blatt and colleagues (2008), Depressive Disorder is defined as an impairment in the personality development occurred due to an unbalance in the dialectic interaction of two fundamental guidelines of development: the relatedness and the individuality. Disruptions in the basis of interpersonal relationships with manifest characteristics of dependency of others, give rise to anaclitic disorders. Disruptions in individuality with marked characteristics of self-criticism, origin introjective disorders. These disorders should be associated with specific attachment patterns and with the personal ways in which we construct mental representations of self and others.

The present study was designed focusing on the purpose of exploring the dimensions of personality and attachment underlying different depressive experiences, both anaclitic and introjective. The assessment by MMPI-2, QED and EVA was applied to a set of adult patients ( $N = 10$ ) committed to a psychiatric clinic who had been diagnosed with Depressive Disorder.

We were able to identify three types of profile according to MMPI-2, representing different configurations of personality that were found to be associated with both anaclitic and introjective depressions. Nevertheless, this relation wasn't clearly demonstrated, indicating a possible difficulty in establishing a differentiated characterization of both types of depression in individuals with psychopathology disorders during an acute phase. The results obtained with QED and EVA were relatively homogenous yet still ambiguous in the characterization of the participants.

We've concluded that there's a pressing need for further investigation, resorting on other types of methodology, making it possible to deepen the knowledge of the relationships between attachment and anaclitic and introjective depressive disorders.

## ÍNDICE

|                                  |    |
|----------------------------------|----|
| Introdução .....                 | 1  |
| Personalidade.....               | 1  |
| Vinculação.....                  | 3  |
| Depressão .....                  | 8  |
| Teoria de S. Blatt .....         | 10 |
| Metodologia .....                | 17 |
| Objectivos .....                 | 17 |
| Amostra .....                    | 17 |
| Instrumentos .....               | 18 |
| Procedimento.....                | 22 |
| Resultados .....                 | 24 |
| MMPI-2.....                      | 24 |
| QED .....                        | 35 |
| EVA .....                        | 36 |
| Análise de Resultados .....      | 37 |
| Discussão .....                  | 43 |
| Conclusões .....                 | 46 |
| Referências Bibliográficas ..... | 48 |
| Anexos                           |    |

## ÍNDICE DE QUADROS

|   |    |
|---|----|
| <b>Quadro 1.</b> Resultados nas Escalas Clínicas por participante .....                               | 25 |
| <b>Quadro 2.</b> Informações clínicas e médias de resposta aos itens do MMPI-2 sobre o suicídio ..... | 35 |

## ÍNDICE DE FIGURAS

|  |    |
|--|----|
| <b>Figura 1.</b> Valores médios dos grupos nas Escalas Clínicas.....   | 26 |
| <b>Figura 2.</b> Valores médios dos grupos nas Escalas de Validade.....  | 28 |
| <b>Figura 3.</b> Valores médios dos grupos nas Escalas Psy-5.....  | 29 |
| <b>Figura 4.</b> Valores médios dos grupos nas Subescalas Harris-Lingoes .....   | 31 |
| <b>Figura 5.</b> Valores médios dos grupos nas Escalas de Conteúdo .....   | 33 |
| <b>Figura 6.</b> Valores médias dos grupos nas Escalas Suplementares .....   | 34 |
| <b>Figura 7.</b> Valores médios dos grupos nos factores Auto-Criticismo e Dependência ...                                  | 36 |
| <b>Figura 8.</b> Valores médios dos grupos nas dimensões Ansiedade, Conforto com a Proximidade e Confiança nos Outros..... | 37 |

## **ANEXOS**

**Anexo A.** Descrição sumária dos dados sociodemográficos e clínicos de cada participante

**Anexo B.** Valores referência para as Escalas de Validade do MMPI-2, para o QED e para a EVA

**Anexo C.** Resultados de cada participante nas Escalas de Validade

**Anexo D.** Resultados de cada participante nas Escalas de Personalidade Psy-5

**Anexo E.** Resultados de cada participante nas Subescalas Clínicas Harris-Lingoes

**Anexo F.** Resultados de cada participante nas Escalas de Conteúdo

**Anexo G.** Resultados de cada participante nas Escalas Suplementares

**Anexo H.** Resultados de cada participante nos factores Auto-Criticismo e Dependência do QED e categorização de cada participante no tipo de depressão

**Anexo I.** Resultados de cada participante nas dimensões Ansiedade, Conforto com a Proximidade e Confiança nos Outros da EVA



## **INTRODUÇÃO TEÓRICA**

### **PERSONALIDADE**

O conceito de personalidade é abrangente, com processos psicológicos multideterminados e com expressões multidimensionais (Millon & Grossman, 2006); a personalidade envolve várias áreas das vivências do ser humano e pode ser descrita sob múltiplas perspectivas e domínios. Sabe-se que o modo de funcionamento de cada pessoa é influenciado pelas cognições, emoções e hábitos, activados perante estímulos específicos ou situações quotidianas. As formas de pensar, sentir e agir de cada indivíduo vão determinar o seu ajustamento específico ao mundo (Triandis & Suh, 2002). Uma conceptualização mais completa da personalidade requer portanto o estudo das características mentais e comportamentais do indivíduo, considerando as suas mudanças ao longo da vida (Lerner, Lerner, Almerigi & Theokas, 2006).

Nesta linha, McAdams e Olson (2010) propõem três componentes da personalidade que se desenvolvem de forma dinâmica: os traços disposicionais; as adaptações características; e as narrativas integrativas de vida. Os traços disposicionais dizem respeito a características internas e gerais do indivíduo que contribuem para a consistência dos seus comportamentos, pensamentos e sentimentos nas várias situações e ao longo do tempo. As adaptações características referem-se a aspectos mais existenciais do indivíduo, como os seus planos, objectivos, valores, estratégias e todas as componentes ligadas à motivação humana que permitem compreender o seu modo de viver. Por fim, as narrativas integrativas de vida abrangem a ligação do indivíduo com o seu meio sociocultural, o seu passado e a forma como integra a sua história de vida no seu modo de ser (como chegou ao presente e como perspectiva o futuro).

### **DESENVOLVIMENTO DA PERSONALIDADE**

As teorias que têm em conta o desenvolvimento da personalidade ao longo da vida, para além dos aspectos biológicos inerentes ao ser humano, referem a extrema importância da interacção do indivíduo com o meio nos vários níveis das suas vivências. Tais teorias consideram que a forma activa como o sujeito se relaciona com o contexto, desde que nasce até que morre, é um dos principais factores para a formação da personalidade e mudanças no indivíduo (Lerner, et al., 2006).

As teorias psicodinâmicas conceptualizam a personalidade nestes termos, tendo em conta a importância das vivências precoces na formação da personalidade de cada indivíduo (ver Blatt & Lerner, 1983; McAdams & Olson 2010; Wolitzky, 2006). São valorizadas a actividade simbólica complexa e as relações interpessoais (Blatt, 1978, *in* Blatt & Lerner, 1983) partindo do princípio que, desde o nascimento, as relações da criança com os seus cuidadores são fundamentais para a formação da sua personalidade (Wolitzky, 2006).

Em continuidade, a teoria psicanalítica defende que o desenvolvimento do *self* e da personalidade tem por base a identificação da criança aos seus cuidadores e a construção do sentido de si, que ocorre no seio das relações intersubjectivas precoces (Wolitzky, 2006). Segundo Blatt e Lerner (1983), a representação do objecto refere-se a esquemas mentais (cognitivos, afectivos e experienciais) de encontros que foram significativos com os principais cuidadores. É a partir das representações dessas experiências precoces da criança com os cuidadores que se criam os *modelos internos dinâmicos de vinculação* (*internal working models*), em que o *self* e os outros estão mentalmente representados tal como são lembrados nas interacções, direccionando as formas de reagir do indivíduo no futuro (Wolitzky, 2006).

Segundo Blatt e Lerner (1983) a perspectiva fenomenológica considera ainda que as intenções, os significados e as motivações de cada pessoa irão também emergir das estruturas das representações de si e dos outros. Estas representações terão componentes cognitivo-afectivas e motivacionais, as quais são explicadas diversamente através das teorias desenvolvimentais, cognitivas e sociopsicológicas.

Neste contexto, a construção do sentido de si e dos outros depende da qualidade das relações precoces estabelecidas, que se forem saudáveis irão permitir a construção de representações estáveis, integradas e positivas de si e dos outros (Wolitzky, 2006). Essa estabilidade ao nível das representações possibilitará à criança ter uma maior auto-regulação e interacções com os pares estáveis e satisfatórias (Clarkin, 2006).

#### PERTURBAÇÕES DA PERSONALIDADE

A qualidade das relações interpessoais entre cuidadores e criança revela-se fundamental à construção dos modelos internos dinâmicos de vinculação. Estes modelos uma vez construídos funcionam como estruturas dinâmicas que influenciam significativamente os padrões de acção, de reacção e de adaptação ao meio, pelo que as

características das vivências nos primeiros anos de vida são fundamentais. Se os padrões comportamentais das figuras de vinculação não forem consistentes e as relações adequadamente responsivas e empáticas com a criança, a internalização da relação com o objecto não será devidamente estruturada, dando origem a conflitos intrapsíquicos (Blatt & Lerner, 1983) e a modelos internos dinâmicos de vinculação distorcidos. Ao longo da vida estas estruturas dinâmicas das representações mostram padrões de organização relativamente estáveis, sendo as reacções do sujeito aos estímulos ambientais constantemente desadaptativas, originando psicopatologia (Blatt & Lerner, 1983), designadamente perturbações da personalidade (Wolitzky, 2006).

Em síntese, as perturbações da personalidade podem ser caracterizadas num contínuo de progressivo desequilíbrio das representações de si e dos outros e que, embora fruto de múltiplos determinantes, são claramente marcadas pelas vivências do indivíduo, desde as mais precoces. Tal indica a conceptualização dimensional das perturbações da personalidade, onde se tem em conta a sua dinâmica e complexidade, sendo multideterminadas pelas vivências do indivíduo ao longo da sua vida (Luyten & Blatt, 2011). E, ao contrário dos modelos categoriais, que se baseiam apenas nos sintomas e caracterizam sobretudo perturbações estáticas, estes modelos dimensionais vão possibilitar uma melhor compreensão das comunalidades em cada tipo de perturbação, não obstante a heterogeneidade dos sintomas, e sobretudo apontar as origens e linhas de desenvolvimento (Trull & Durrett, 2005).

## VINCULAÇÃO

É a partir dos anos 40 do século XX que se começa a falar de vinculação, com o interesse de Bowlby sobre a ligação da criança aos seus cuidadores, particularmente à mãe, por forma a esclarecer principalmente as situações em que essa ligação é insatisfatória ou inexistente (Soares, 2007). Em 1958, Bowlby escreveu sobre as várias teorias existentes que se referissem à relação da criança com a principal figura cuidadora, onde propôs a origem da ligação do bebé à mãe através de impulsos primários instintivos que iriam permitir a criação da dinâmica da ligação infantil ao seu cuidador. Posteriormente, com o decorrer da investigação, Bowlby escreve três volumes acerca da vinculação – *Attachment and Loss* (Bowlby, 1969, 1973, 1980), que ainda hoje são a referência de base na teoria da vinculação (Ramalho, 2008; Soares, 2007). Nesta obra, Bowlby desenvolve os conceitos por si referenciados em 1958, descrevendo

o sistema comportamental que dará origem à vinculação, assim como as características e desenvolvimento desta. O autor aborda principalmente a componente normativa da vinculação, descrevendo os padrões de comportamento que lhe estão ligados e que podem ser observados em todas as pessoas (Mikulincer & Shaver, 2007; Simpson & Rholes, 1998).

Bowlby defende que, de forma a satisfazer as necessidades de protecção da criança, existe no ser humano um *sistema comportamental de vinculação*. Assim, o bebé irá ter comportamentos instintivos (*comportamentos de vinculação*) que lhe permitirão estabelecer uma relação próxima com a sua *figura de vinculação*. Tal relação servirá de protecção e suporte, fazendo com que a criança se sinta protegida em situações ameaçadoras e segura para explorar o ambiente em situações propícias a tal (Bowlby, 1969). No segundo volume (1973), Bowlby aborda as características dessa mesma relação, onde defende que é a confiança da criança na disponibilidade da figura de vinculação que vai influenciar os seus níveis de ansiedade. Para além disso, é durante a infância e através dessa relação que se vão criar as expectativas (modelos internos dinâmicos de vinculação) face aos comportamentos dos outros, que irão continuar ao longo da vida do sujeito.

Outra área de estudo no âmbito da vinculação diz respeito às diferenças individuais, i.e., as especificidades estáveis e sistemáticas dos indivíduos face à vinculação. Estas especificidades nascem das expectativas da criança face à sua relação com a figura de vinculação (Mikulincer & Shaver, 2007; Simpson & Rholes, 1998). A componente das diferenças individuais foi primeiramente estudada por Ainsworth e colegas. Em 1978, Ainsworth, Blehar, Waters e Wall, utilizaram um procedimento de laboratório intitulado *Situação Estranha*, de forma a perceber diferenças comportamentais das crianças face à figura de vinculação. Neste procedimento eram observados os comportamentos e reacções de crianças em três momentos: quando estavam numa sala com a mãe e uma figura estranha; quando passado algum tempo a mãe saía (separação); e após o regresso da mãe à sala (reunião). O decorrer destas experiências permitiu a operacionalização de quatro padrões de vinculação da criança ao cuidador, sendo eles o *seguro*, o *inseguro-ambivalente*, o *inseguro-evitante* (Ainsworth et al., 1978) e o *inseguro-desorganizado* (Main, Kaplan & Cassidy, 1985). O primeiro estilo, *seguro*, mostra procura de aproximação e conforto da mãe, particularmente após a reunião. O segundo, *inseguro-ambivalente*, descreve crianças

que, inicialmente, mostram demasiada procura de proximidade da mãe, o que irá perturbar a sua exploração do meio, e em simultâneo mostram-se reticentes em receber o conforto da mãe após a reunião. O estilo *inseguro-evitante*, é caracterizado por crianças que apresentaram comportamentos de evitamento face à mãe após a reunião. Percebeu-se igualmente que estas crianças tinham tendência a não protestar face à ausência da mãe e a comportar-se de modo semelhante perante uma figura estranha e a figura de vinculação (Ainsworth et al., 1978; cit. por Blatt & Homann, 1992; Soares, Martins & Tereno, 2007). O estilo *inseguro-desorganizado* mostra comportamentos de desorientação face à figura de vinculação após a reunião e expressões de afecto não direccionadas. Estes comportamentos caracterizam-se por paragens no movimento em posturas não características nos outros tipos de vinculação insegura, assim como comportamentos contraditórios que mostram a perturbação da criança face à reunião (Main et al., 1985).

#### MODELOS INTERNOS DINÂMICOS DE VINCULAÇÃO

Os *modelos internos dinâmicos de vinculação* (*internal working models*), conceito desenvolvido na trilogia de Bowlby (1969, 1973, 1980) e mais tarde referenciado por Main et al., 1985, centram-se nas áreas cognitiva e emocional. Definem-se como as representações que o indivíduo tem de si e do mundo, influenciando a sua forma de interpretar os eventos, de os antecipar e planear (Soares, 2007).

Segundo Bowlby (1973), estes modelos são construídos na relação da criança com a sua figura de vinculação, através da memorização de acontecimentos significativos. São os comportamentos da figura de vinculação que irão permitir que a criança construa e internalize expectativas sobre o que esperar dos outros e de si. Estas expectativas irão desenvolver-se e permitir a construção dos padrões de vinculação que irão reflectir os modelos internos dinâmicos de vinculação da criança (Main et al., 1985). Ao longo do tempo, com o desenvolvimento cognitivo da criança, estes modelos irão tornar-se mais complexos e diferenciados, acontecendo a sua interiorização (Klohn & John, 1998). Criam-se assim representações que vão influenciar a tomada de decisões do sujeito, servindo de guias cognitivos perante as diversas situações relacionais (Canavarro & Lima, 2006; Soares, 2007).

Bowlby enfatizou a dinâmica destas representações, pois verificou que experiências posteriores de vinculação significativas podem levar a modificações nos

modelos internos dinâmicos de vinculação. No entanto, as representações tendem a ser estáveis e ao longo da vida e a ter um papel essencial na formação da personalidade de cada indivíduo (Bretherton, 1985; Canavarro & Lima, 2006; Mikulincer and Shaver, 2007; Ramalho, 2008). Blatt e Homann (1992) apontam o poder explicativo da teoria dos modelos internos dinâmicos de vinculação, onde referem que esta permite uma melhor compreensão da influência que as vivências na infância têm na vida adulta, nomeadamente na compreensão de problemas interpessoais futuros. Os mesmos autores referem ainda que há uma estreita relação entre a qualidade da relação criança-figura de vinculação e a qualidade das suas representações mentais, defendendo que o sujeito só irá ter representações satisfatórias de si e dos outros se a sua relação com a figura de vinculação foi suficientemente estável e positiva.

#### VINCULAÇÃO NO ADULTO

Na sua obra, Bowlby refere-se à continuidade da vinculação ao longo da vida adulta (Faria, Fonseca, Lima, Soares & Klein, 2007) e, especificamente, às semelhanças das relações românticas com a vinculação com as figuras cuidadoras na infância (Canavarro, Dias & Lima, 2006). No entanto, a vinculação no adulto difere da vivida na infância por várias razões, entre elas, a reciprocidade que caracteriza as relações adultas e a componente sexual (Hazan, Campa & Gur-Yaish, 2006), pelo que, em comparação à infância, a conceptualização da vinculação no adulto deverá ter em conta a existência de diferenças (Faria et al., 2007).

Mikulincer e Shaver (2007) apresentaram um modelo do sistema de vinculação no adulto que pretende integrar as várias componentes já identificadas no decurso da investigação nesta área: os modelos internos dinâmicos de vinculação formados na infância; as experiências de vinculação relevantes que aconteceram ao longo da vida da pessoa; e as experiências de vinculação significativas em curso. Na continuidade deste modelo foram diferenciadas duas áreas de investigação (ver Simpson & Rholes, 1998): uma pretende explorar a linha de continuidade das representações mentais ou modelos internos dinâmicos de vinculação dos adultos com os seus estilos de vinculação na infância (George, Kaplan & Main, 1985, *in* Simpson & Rholes, 1998); outra estuda a vinculação do adulto no mundo dos seus pares, amigos e companheiros românticos (Hazan & Shaver, 1987).

As investigações iniciadas com Hazan e Shaver (1987) estabeleceram uma relação entre os padrões de vinculação das crianças operacionalizados na *Situação Estranha*, e os padrões de vinculação dos adultos observados na relação com o seu par romântico. Na apresentação do seu trabalho, os autores concluíram que: a prevalência dos estilos de vinculação na infância e no adulto é semelhante; os adultos experienciam as relações amorosas de forma diferente, de acordo com o seu padrão de vinculação; e os padrões de vinculação dos adultos se relacionam com os seus modelos internos dinâmicos de vinculação e com as experiências relacionais com os pais.

Nos seus estudos, Hazan e Shaver abordam a vinculação de um ponto de vista categorial, onde os padrões são tidos como categorias descontínuas. No entanto, esta conceptualização não permite compreender de forma mais alargada a extensão dos padrões de vinculação nos indivíduos (Simpson & Rholes, 1998). Com o intuito de construir uma conceptualização dimensional da vinculação no seguimento à teoria de Hazan and Shaver (1987), Collins and Read (1990) defendem que aos três estilos de vinculação (seguro, ansioso e evitante) estão ligadas três dimensões, *Close*, *Depend*, e *Anxiety*, estudadas por Canavarro e colegas (Canavarro, 1997, 1999; Canavarro et al., 2006) e designadas de *Conforto com a Proximidade*, *Confiança nos Outros*, e *Ansiedade*, respectivamente. Segundo os autores (1990), estas dimensões podem, pela sua intensidade, diferenciar os três estilos de vinculação a que estão associados. Indivíduos que apresentem um padrão de vinculação seguro irão mostrar-se confortáveis com a proximidade, são capazes de depender dos outros, e não são preocupados com o abandono (menor intensidade da dimensão Ansiedade, e mais das dimensões Conforto com a Proximidade e Confiança nos Outros); indivíduos com padrão de vinculação evitante não se sentem confortáveis com a proximidade, desconfiam dos outros e não são preocupados com a possibilidade de serem abandonados (mostrando menos intensidade em todas as dimensões); e indivíduos com o padrão ansioso não se sentem confortáveis com a proximidade, não confiam nos outros e sentem-se preocupados com a possibilidade de serem abandonados (maior intensidade da dimensão Ansiedade e menor intensidade das outras dimensões) (Canavarro et al., 2006; Collins & Read, 1990).

Também Bartholomew e colegas (1990, *in* Simpson & Rholes, 1998; Bartholomew & Horowitz, 1991) apresentam uma visão dimensional da vinculação e afirmam que os indivíduos não terão um padrão de vinculação fixo, mas sim uma maior ou menor

tendência, relativamente estável, num determinado sentido e de acordo com a relação. Estes autores defendem a existência de quatro padrões de vinculação construídos através da conjugação da imagem (positiva ou negativa) que o indivíduo tem de si e dos outros. Assim, pessoas que têm: modelos positivos, de si e dos outros, caracterizam-se por um padrão *seguro*; modelos negativos de si, mas positivos dos outros, apresentam um padrão *preocupado*; modelos positivos de si, mas negativos dos outros, apresentam um padrão *evitante-desligado*; e modelos negativos de si e dos outros, apresentam um padrão *evitante*, caracterizado pelo medo ou receio (Bartholomew & Horowitz, 1991; Canavarro, 1999).

Verificam-se diferenças nos padrões de vinculação defendidos por Hazan e Shaver (1987) e Bartholomew e Horowitz (1991). Levy, Blatt e Shaver (1998) estabelecem uma comparação entre os referidos padrões, onde concluíram que existe correlação entre os padrões seguros de ambos os modelos, entre o padrão ansioso de Hazan e Shaver e o padrão preocupado de Bartholomew e Horowitz, e uma correlação moderada entre o padrão evitante dos primeiros e os padrões evitante-desligado e evitante dos segundos autores.

## DEPRESSÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define depressão como “uma perturbação mental comum que apresenta humor deprimido, perda de interesse ou prazer, sentimentos de culpa ou baixa auto-estima, perturbações do sono e do apetite, baixa energia, e pouca concentração. Estes problemas podem tornar-se crónicos ou recorrentes e deixar prejuízos substanciais nas capacidades do indivíduo para exercer as suas responsabilidades diárias” (World Health Organization, s/ data). No entanto, a definição da sua conceptualização sofre grandes variações em função do alvo de caracterização (personalidade, quadro clínico, ou afecto subjacente), da época histórica, ou mesmo de determinadas linhas de pensamento ou perspectivas de análise. Enquanto umas definições se revelam centradas na vertente etiológica, outras centram-se mais nos factores que caracterizam o seu curso ou a sua expressão fenomenológica e clínica. A dificuldade em conceptualizar a depressão de forma objectiva e relativamente consensual deve-se também à complexidade do fenómeno e dos factores influentes ao nível biológico, psicológico e social. As experiências de vida, designadamente vivências familiares precoces, os estilos de personalidade e os contextos sociais são também



apontados como importantes factores influentes na depressão (Campos, 2006; Jones, 1998). Assim, cada abordagem teórica irá definir o fenómeno dependendo da importância que dá a cada componente envolvido na perturbação, o que redonda na diversidade de perspectivas e de definições deste constructo.

A nível da saúde mental, a conceptualização de depressão centra-se na observação e descrição dos sintomas (compreensão fenomenológica), ou pela descrição da sua origem e factores influentes no curso do desenvolvimento da perturbação (compreensão etiológica). Segundo estes últimos modelos, vários factores podem contribuir para a ocorrência da depressão, variando de situação para situação e de pessoa para pessoa (Gotlib & Hammen, 2002; Jones, 1998). Se o indivíduo apresentar um destes factores de vulnerabilidade, serão acontecimentos precipitantes que irão determinar o desenvolvimento da perturbação, explicando-se o facto de que nem todas as pessoas que vivem os mesmos acontecimentos se deprimem.

A delimitação da perturbação depressiva está, mesmo que indirectamente, relacionada com o sistema taxionómico utilizado: o categorial ou o dimensional. Os manuais mais utilizados entre psicólogos e psiquiatras, o Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 4th Edition (DSM-IV; American Psychiatric Association, 2000) e o International Classification of Diseases – 10th Revision (ICD-10; World Health Organization, 1992) seguem uma lógica categorial e estabelecem definições breves e critérios de diagnóstico estritos que permitem aos profissionais obterem diagnósticos fiáveis e consistentes (Blatt & Levy, 1998). No entanto, esta forma relativamente objectiva e estandardizada de apresentação de critérios diagnósticos está associada a inúmeros problemas, entre eles a desvalorização da intensidade dos sintomas, o aumento da co-morbilidade, a heterogeneidade no seio de uma mesma categoria diagnóstica, entre outras (Blatt & Levy, 1998; Jones, 1998). O sistema de classificação categorial torna-se portanto “enganador” no sentido em que não tem em conta a complexidade das perturbações ao nível da saúde mental (Widiger, 1992, *in* Blatt & Levy, 1998), nomeadamente nas perturbações depressivas e nas perturbações da personalidade.

A taxonomia dimensional reconhece, por outro lado, a continuidade entre o normal e o patológico, valoriza a quantidade, a intensidade e a cronicidade dos sintomas, bem como as características funcionais e comportamentais diversas e pertinentes para a precisão diagnóstica. Quando visadas a partir de uma lógica categorial, as perturbações

clínicas e da personalidade, dada a sua heterogeneidade, dão lugar a múltiplos diagnósticos, pelo que se mostram melhor conceptualizadas e identificadas a partir de uma lógica dimensional (Gotlib & Hammen, 2002).

Através de um sistema dimensional as observações realizadas poderão também ser mais facilmente integradas, permitindo uma conceptualização mais completa e estabelecer um prognóstico mais claro, o que irá facilitar a intervenção (Gunderson et al., 1991, *in* Blatt & Levy, 1998). Sendo este último sistema aquele que permite uma visão mais abrangente do tema aqui estudado, este trabalho irá ter a construção da conceptualização da depressão como algo que se constrói através do contributo de várias fontes.

## **TEORIA DE S. BLATT**

### DESENVOLVIMENTO DA PSICOPATOLOGIA

S. Blatt e a sua equipa (Blatt, 1974, 1995a; Blatt & Blass, 1990; Blatt & Shichman, 1983; cit. por Blatt & Levy, 1998; Blatt & Blass, 1992) têm vindo, há várias décadas, a conceptualizar a psicopatologia no contexto do desenvolvimento da personalidade. Consideram o modelo geral de desenvolvimento e identificam que importantes alterações ou desequilíbrios face à matriz do desenvolvimento normal podem configurar-se como situações de vulnerabilidade à psicopatologia.

De acordo com o modelo, a construção e desenvolvimento da personalidade acontecem através de uma transacção dialéctica complexa entre duas linhas fundamentais: o relacionamento interpessoal e a individualidade, dando origem ao modelo das “duas polaridades” (Blatt, 2008; Blatt & Luyten, 2009). O relacionamento interpessoal implica a capacidade de estabelecer relações interpessoais satisfatórias, maduras e recíprocas; a individualidade refere-se ao desenvolvimento do conceito de *self* diferenciado, integrado, positivo e realista (Blatt, 2008; Blatt & Blass, 1992). Os processos psicológicos ligados a estas duas linhas de desenvolvimento interagem de modo dialéctico e equilibrado, facilitando o desenvolvimento recíproco dos dois alicerces da personalidade durante toda a vida do indivíduo (Guisinger & Blatt, 1994). A construção das referências mentais estruturantes das cognições, estilos de relação, e mecanismos de acção vai fazer-se diversamente consoante com a linha de desenvolvimento (relacionamento interpessoal ou individualidade) a que foi dada mais

ênfase. Embora normalmente cada indivíduo dê maior ênfase a uma ou a outra dimensão (Blatt & Luyten, 2009) a evolução de cada uma delas vai exercer influência na outra: quanto mais maduro for o sentido do *self*, melhor será a evolução das relações interpessoais; quanto mais consistentes forem as relações com os outros, mais coerente e desenvolvida será a representação de si (Blatt, 2008).

Para melhor identificar a relação complexa das duas dimensões dentro da compreensão do desenvolvimento da personalidade, Blatt & Blass (1990, 1992, 1996, cit. por Novo, 2000) reformularam o modelo de Erikson, pondo em evidência como as duas dimensões básicas do desenvolvimento (relacionamento interpessoal e individualidade) estão presentes nos vários níveis de desenvolvimento psicossocial. Com esta reformulação, os autores destacam o papel essencial da integração das duas dimensões no desenvolvimento maduro da personalidade, i.e., uma personalidade adulta vai poder expressar a sua individualidade em contextos relacionais estáveis, positivos, caracterizados pela mutualidade e reciprocidade, pela intimidade, generatividade e integridade.

A psicopatologia, por seu lado, é identificada como proveniente de alterações significativas deste desenvolvimento. As perturbações psicopatológicas vão ser o resultado de respostas centradas numa das linhas do desenvolvimento e, portanto, constituem formas exageradas, distorcidas ou desequilibradas de desenvolvimento da personalidade (Blatt, Besser & Ford, 2007; Novo, 2000). Este modelo defende que são alterações das dimensões do relacionamento interpessoal e da individualidade que constituem as duas configurações primárias da psicopatologia: a linha anaclítica, que diz respeito às perturbações das relações interpessoais do indivíduo; e a linha introjectiva, que se refere às perturbações da imagem de si e da identidade (Blatt, 2008; Blatt & Levy, 1998).

O modelo tem também em conta a severidade das perturbações consoante a fase do desenvolvimento em que aos desequilíbrios começam a ocorrer. Segundo Blatt e Levy (1998) acontecimentos da vida do indivíduo e/ou predisposições biológicas precoces e graves têm maior impacto e estão associadas a perturbações mais graves, enquanto desvios menos severos ou ocorridos em fases mais avançadas do desenvolvimento irão estar representados no carácter do indivíduo.

De modo global, Blatt e Blass (1992) apontam para que a maior ênfase numa das dimensões em detrimento da outra acontece devido a vários factores, desde

predisposições biológicas, a factores culturais, de género, capacidades básicas e vulnerabilidades, bem como a padrões culturais e familiares. Se não houver uma estimulação particular ou situações que contrariem a forma de reagir do indivíduo, os padrões de funcionamento irão manter-se e consolidar-se, tornando-se desadaptativos ao longo da vida (Blatt & Levy, 1998). Também o acumular de acontecimentos traumáticos e repetitivos em conjunto com predisposições biológicas vai afectar a relação entre as dimensões e alterar o desenvolvimento da personalidade.

No caso de uma centração exacerbada na dimensão anaclítica ocorre um esforço distorcido e exagerado para manter as experiências interpessoais satisfatórias, o que se vai reflectir no exagero e distorção de questões relacionais, desprezando a construção da individualidade e do *self*. Por outro lado, uma maior centração na dimensão introjectiva vai reflectir-se em tentativas distorcidas de estabelecer e manter o sentido do *self*, a preocupações exageradas relacionadas com a autonomia, controlo, auto-estima e identidade, descuidando as relações interpessoais (Blatt, 2008; Blatt & Levy, 1998). Esta conceptualização permite construir uma continuidade entre o normal e o patológico, e, no que se refere à perturbação depressiva, pode variar entre estados ligeiros, moderados e/ou graves.

Tendo em conta a teoria das *duas polaridades*, de acordo com a dimensão mais proeminente na personalidade e determinados acontecimentos de vida, o sujeito poderá então desenvolver uma depressão introjectiva (auto-crítica), ou uma depressão anaclítica (dependente) (Blatt & Zuroff, 1992). São várias as teorias, como Beck e colegas (1983), Bowlby (1980) e Arieti e Bemporad (1980), que concorrem para a validação deste modelo (Blatt & Zuroff, 1992; Blatt, Zohar, Quinlan, Zuroff & Mongrain, 1995). Embora usando termos diferentes, todos se referem a dois tipos de depressão, uma com origem em acontecimentos relacionados com relações interpessoais (depressão anaclítica, segundo Blatt), e outra associada a acontecimentos que afectam o autoconceito (depressão introjectiva, segundo Blatt) (Blatt & Homann, 1992; Blatt & Zuroff, 1992).

### DEPRESSÃO E VINCULAÇÃO

A teoria de S. Blatt permite compreender as experiências que precipitam os episódios depressivos, defendendo que as representações mentais das relações de vinculação são fundamentais no desenvolvimento da vulnerabilidade à depressão (Blatt

& Homann, 1992). Experiências precoces nas relações de vinculação podem criar diferentes vulnerabilidades a diferentes circunstâncias de vida, fazendo com que acontecimentos de disrupção nas relações interpessoais e de experiências de falha pessoal possam desencadear episódios de depressão (Blatt & Blass, 1992; Blatt & Zuroff, 1992).

Segundo Blatt e Luyten (2009) investigações recentes mostram que a interacção mãe-criança, com equilíbrio entre a vinculação e a separação, é um antecedente do desenvolvimento coordenado das dimensões relacionamento interpessoal e individualidade. Como tal, será a vinculação segura que irá proporcionar uma integração e coordenação destas duas dimensões, dando origem a um desenvolvimento saudável da personalidade (Hazan & Shaver, 2009; Mikulincer & Shaver, 2007; cit. por Blatt & Luyten, 2009). Este tipo de vinculação vai representar uma integração das duas dimensões, originando relações interpessoais satisfatórias e uma identidade positiva, realista, diferenciada e integrada (Blatt & Levy, 2003). Por seu lado, um ambiente familiar frio e não responsivo irá favorecer na criança representações distorcidas de si e dos outros, aumentando a vulnerabilidade para a depressão (Blatt & Homann, 1992; Blatt & Zuroff, 1992).

Nos dois tipos de depressão, anaclítica e introjectiva, os modelos internos dinâmicos de vinculação vão ser representados de forma diferente, havendo relação entre as dimensões que estão subjacentes a estes tipos de depressão e os dois padrões de vinculação insegura de Bartholomew e Horowitz (1991). A vinculação insegura-ansiosa estará mais representada em indivíduos com depressão anaclítica, enquanto a vinculação insegura-evitante estará mais representada em indivíduos com depressão introjectiva (Blatt & Homann, 1992; Luyten & Blatt, 2011). Portanto, de acordo com a teoria de S. Blatt, há continuidade entre as dimensões do desenvolvimento da personalidade (relacionamento interpessoal e individualidade) e da psicopatologia (anaclítica e introjectiva) com os dois padrões da vinculação insegura (ansiosa e evitante) de Bartholomew e Horowitz (Blatt & Levy, 2003; Luyten & Blatt, 2011).

## DEPRESSÃO ANACLÍTICA E INTROJECTIVA

### Depressão Anaclítica

Em 1974, Blatt (cit. por Blatt & Homann, 1992; Blatt & Zuroff, 1992) conceptualizou o tipo de depressão anaclítica ou dependente, que se caracteriza por sentimentos de solidão, desamparo e fraqueza. Indivíduos com este tipo de depressão têm medos intensos e crónicos de serem abandonados e ficarem desprotegidos. Apresentam uma grande necessidade de manterem um contacto físico próximo, experienciando intensos desejos de serem amados, cuidados, consolados e protegidos. Estes indivíduos contam com os outros para que se sintam e mantenham bem, baseando-se no cuidado e protecção que recebem, e não conseguindo lidar bem com a separação e a perda. Como consequência, vão ter grandes dificuldades em expressar zanga, pois esta pode levar a um afastamento dos outros, afectando o seu bem-estar e dando origem a sentimentos de desamparo.

No respeitante à vinculação, há evidências de que uma vinculação insegura-ansiosa pode levar a uma depressão mais focada na dependência, ou seja, na dimensão anaclítica (Blatt & Homann, 1992; Blatt & Levy, 2003; Zuroff & Fitzpatrick, 1995). Nestes casos, a mãe (ou outra figura de vinculação) usa o seu amor e cuidado como forma de controlar a criança, não lhe dando espaço para desenvolver uma representação estável da relação. Com uma vivência prolongada de tais situações, a criança não irá consolidar uma representação estável e segura que garanta o sentimento de ser continuamente amada e cuidada. Tal facto fará com o indivíduo necessite de constantes reafirmações acerca do cuidado dos outros, exigindo atenção constante. Este modo de funcionamento perdura e, em adulto, em situações de separação ou percepção de abandono, poderá desenvolver-se uma depressão de tipo anaclítica (Blatt & Homann, 1992).

### Depressão Introjectiva

Os mesmos autores conceptualizaram ainda o tipo de depressão introjectiva, onde se evidenciam sentimentos de indignidade, inferioridade e culpa, assim como de exacerbada autocrítica. As pessoas com este tipo de vulnerabilidade são caracterizadas por ambicionarem uma realização e perfeição constantes, terem elevadas exigências consigo próprios, e a preocupação excessivas com a autonomia e o autocontrolo (Blatt,

2008). Devido a tais exigências, por vezes alcançam a realização desejada, sendo a satisfação de curta duração (Blatt & Homan, 1992), devido a um excesso de perfeccionismo e o sentimento de ser obrigado a ser bem-sucedido (Blatt 2008). Ao contrário do que se passa na depressão anaclítica, em indivíduos com depressão introjectiva, as experiências afectivas normalmente geram sentimentos de culpa e vergonha, havendo pouca expressão positiva dos afectos. A ênfase das pessoas com depressão introjectiva centra-se em preocupações relacionadas com a autonomia e o não ser controlado por outros (Blatt, 2008).

No que diz respeito às relações de vinculação, há evidências de que uma vinculação insegura-evitante pode levar a uma depressão mais focada no auto-criticismo, e portanto na linha introjectiva (Blatt & Levy, 2003; Blatt & Homann, 1992; Zuroff & Fitzpatrick, 1995). Tal acontece porque a criança vai considerar o amor dos pais como condição para o seu bom desempenho, levando-a a ser exigente consigo própria para satisfazer as expectativas restritas e severas dos pais e, portanto, a não perder a sua aprovação. Pode presumir-se que a culpa e a vergonha presentes na depressão introjectiva estarão associadas a percepções negativas de si próprio na infância, reflexo das avaliações negativas dos cuidadores (Blatt & Homann, 1992).

As relações de vinculação são centrais neste tipo de depressão, o que leva Blatt e Homann (1992) a afirmar que é a relação com os pais a questão central desta perturbação. No mesmo sentido, Campos, Besser e Blatt (2010) referem que a vulnerabilidade a este tipo de depressão está relacionada com a percepção que o indivíduo tem das relações de cuidado, mais do que acontece com a depressão anaclítica.

Neste trabalho, a perturbação depressiva é conceptualizada de forma abrangente, estando relacionada com a personalidade. Aqui, é enquadrada a teoria de S. Blatt onde a psicopatologia é conceptualizada como havendo, ao longo do tempo, défices ao nível do desenvolvimento saudável num dos pólos do desenvolvimento da personalidade, sendo eles a individualidade e o relacionamento interpessoal. Tais alterações levarão a perturbações de tipo anaclíticas, se houver dificuldades a nível das relações interpessoais, e perturbações de tipo introjectivas, se as dificuldades estiverem mais centradas na auto-imagem e identidade.

Percebe-se que as características destes pólos estão relacionadas com as representações mentais do indivíduo, criadas na infância, através das relações significativas com os cuidadores. Como tal, as características de vinculação dos indivíduos serão diferentes de acordo com a dimensão de depressão apresentada, verificando-se uma relação entre a vinculação insegura-ansiosa e a depressão anaclítica, e a vinculação insegura-evitante e a depressão introjectiva.

Assim, parte-se do princípio que a depressão anaclítica se diferencia da depressão introjectiva, tanto ao nível da personalidade como da vinculação. Este estudo pretende então explorar estas diferenças, tentando compreender as relações existentes entre as dimensões da depressão e as características da personalidade e da vinculação.



## **METODOLOGIA**

### **OBJECTIVOS**

Este estudo é de carácter exploratório e tem como objectivos:

1. Identificar se a depressão anaclítica e a depressão introjectiva se expressam diversamente no Minnesota Multiphasic Personality Inventory para adultos (MMPI-2);
2. Identificar a expressão das dimensões relativas à vinculação - Ansiedade, Conforto com a Proximidade, Confianças nos Outros - no MMPI-2;
3. Analisar relações específicas entre a depressão anaclítica e a depressão introjectiva e as dimensões de vinculação.

### **AMOSTRA**

#### CRITÉRIOS DE SELECÇÃO

Foram seleccionados pacientes internados numa Clínica Psiquiátrica que apresentassem diagnóstico de Perturbação Depressiva sem sintomatologia psicótica. Dentro destes, foram seleccionados os participantes com idades compreendidas entre os 18 e os 65 anos, com o 1º ciclo como escolaridade mínima.

#### CARACTERIZAÇÃO

A amostra em estudo foi constituída por 10 participantes, dos quais nove eram mulheres. A idade dos participantes esteve compreendida entre os 34 e os 60 anos ( $M = 47.1$ ;  $DP = 8.24$ ) e todos se encontravam internados numa Clínica Psiquiátrica em Lisboa<sup>1</sup> há mais de 1 mês e menos de 2 meses. Em anexo (Anexo A) apresentam-se sumariados os dados sociodemográficos e dados clínicos dos participantes.

No que diz respeito ao estado civil, metade dos indivíduos ( $n = 5$ ) estavam divorciados ou separados, quatro eram casados ou em união de facto e apenas um era solteiro. Em relação ao agregado familiar, em quatro indivíduos este era constituído por

---

<sup>1</sup> Clínica Psiquiátrica de São José (C.P.S.J.)

três pessoas, em dois indivíduos era constituído por duas pessoas, em cada um dos restantes indivíduos o agregado familiar era constituído por quatro, cinco, e seis pessoas, tendo havido um sujeito que não respondeu. A maioria dos indivíduos ( $n = 6$ ) residia na região de Lisboa e Vale do Tejo, e de entre os restantes ( $n = 4$ ), dois viviam no Alentejo, um residia no Centro, e outro no Algarve.

No que se refere à escolaridade, três participantes tinham o 1º ciclo, três tinham o 3º ciclo, e outros três tinham uma licenciatura, havendo apenas um sujeito com o secundário como escolaridade máxima. Em relação à situação profissional, metade dos participantes ( $n = 5$ ) estava no activo, três estavam desempregados, um nunca exerceu e outro não respondeu.

Em relação aos dados clínicos, seis participantes apresentaram diagnóstico de Depressão Major ou Perturbação Depressiva Grave Sem Sintomas Psicóticos, um tinha Perturbação Depressiva Actualmente Leve, dois apresentaram um Episódio de Perturbação Depressiva Leve, e um apresentou Perturbação Afectiva Bipolar. Um dos participantes que apresentou Episódio de Perturbação Depressiva Leve apresentou também possível concomitância com Anorexia Nervosa. O tempo de início da perturbação variava desde o 1 mês até aos 20 anos, sendo que dois participantes tinham a perturbação há menos de 1 ano, outros dois sofriam da patologia entre 1 a 5 anos, dois tinham a perturbação entre 6 a 10 anos, um tinha a perturbação entre 11 a 15 anos e três participantes tinham a perturbação entre 16 a 20 anos. No total da amostra ( $N = 10$ ), sete dos indivíduos apresentaram ideação ou tentativa de suicídio.

## **INSTRUMENTOS**

### MINNESOTA MULTIPHASIC PERSONALITY INVENTORY - 2

O MMPI-2 foi desenvolvido por Butcher, Dahlstrom, Graham, Tellegen & Kaemmer (1989, 2001) numa revisão do MMPI original (Hathaway & McKinley, 1942; cit. por Butcher & Beutler, 2005), destinado à avaliação da personalidade e da psicopatologia de população adulta com idade igual ou superior a 18 anos. Nesta revisão foram adicionados itens para avaliação de novos conteúdos e melhor adaptação à população, e criadas normas para a população-alvo (Butcher & Beutler, 2005). Assim, o MMPI-2 é constituído por 567 itens de resposta *Verdadeiro* ou *Falso*, sendo o tempo médio de resposta de 60 a 75 minutos (Ben-Porath & Archer, 2008).

Este é um inventário de auto-relato que pretende objectivar e quantificar perturbações clínicas e de personalidade numa vasta variedade de contextos. Para tal, os resultados são agrupados em várias escalas que constituem quatro perfis: perfil de validade, com 9 Escalas de Validade; perfil clínico, com 10 Escalas Clínicas; perfil de conteúdo, com 15 Escalas de Conteúdo; perfil suplementar, com 20 Escalas Suplementares. Para além destes perfis, existem ainda escalas de personalidade (PSY-5) e 31 subescalas que resultam do desdobramento das escalas clínicas mais importantes (Subescalas Clínicas Harris-Lingoes).

Os estudos realizados com amostras norte-americanas revelam bons indicadores psicométricos, designadamente ao nível da consistência interna, apresentando o manual valores alpha de Cronbach diferenciados para os dois sexos e para as diferentes escalas. No que diz respeito à consistência, as Escalas Clínicas apresentam consistência interna com valores alpha de Cronbach de .34 até .87 nos homens, e de .37 até .87 nas mulheres. As Escalas de Conteúdo apresentam valores de .72 até .86 nos homens e .68 até .86 nas mulheres. E as Escalas Suplementares vão desde .34 até .89 nos homens, e .24 até .90 nas mulheres.

Neste estudo foi aplicada a versão experimental portuguesa do MMPI-2 (Silva, Novo, Prazeres & Pires, 2006) validada pela Universidade de Minnesota e que se encontra em fase de aferição para Portugal.

#### QUESTIONÁRIO DE EXPERIÊNCIAS DEPRESSIVAS

O *Depressive Experiences Questionnaire* (DEQ) foi construído por Blatt, D’Afflitti & Quinlan (1976/1979; cit. por Campos, 2009) com o intuito de identificar os dois tipos de experiências relacionadas com a depressão, designadamente experiências depressivas ligadas à dependência e ao auto-criticismo. Este inventário de auto-relato, destinado a adultos com idades compreendidas entre os 18 e os 65 anos, tem 66 itens aos quais é solicitada uma resposta numa escala de Likert de sete pontos, correspondendo o 1 a *discordo totalmente* e o 7 a *concordo totalmente*. O ponto médio da escala, corresponde a 4, e é utilizado em situações de dúvida ou indecisão por parte do respondente. Os resultados são apresentados em forma de 3 escalas ou factores: I – Dependência, II – Auto-Criticismo, III – Eficácia. O Factor I relaciona-se com características de dependência, associadas a experiências de depressão anaclíticas. O Factor II irá estar

relacionado com características de auto-criticismo, associadas a experiências de depressão introjectiva. E o Factor III refere-se a sentimentos de confiança e de capacidades por parte do sujeito, caracterizando indivíduos que sentem força interior, orgulho em si próprios e satisfeitos com as suas realizações (Campos, 2009).

No estudo foi utilizada a versão portuguesa deste questionário, o *Questionário de Experiências Depressivas* (QED; Campos, 2009) aferido com amostras de jovens adultos e adultos em situação não clínica. Segundo o autor da aferição, os resultados obtidos em Portugal, quando comparados com os da versão original, constituem bons indicadores de validade, apresentando valores discriminados para os dois sexos e para os três factores.

Quanto à consistência interna, os coeficientes de alpha de Cronbach são de .82 na Dependência, 0.78 no Auto-criticismo e .71 na Eficácia para o grupo do sexo masculino, e .77, .79 e .70 (respectivamente) para o grupo feminino, mostrando-se semelhante à versão americana. No que diz respeito à estrutura factorial, a versão portuguesa é semelhante à versão americana, com coeficientes de congruência de .92 para o factor Dependência, .93 para o factor Auto-criticismo e de .86 para o factor Eficácia (Campos, 2009).

#### ESCALA DE VINCULAÇÃO DO ADULTO

A *Adult Attachment Scale - R* (AAS-R) foi construída por Collins e Read (1990) com o intuito de desenvolver uma medida dimensional dos estilos de vinculação no adulto (seguro, evitante e preocupado), defendidos teoricamente e avaliados de forma categorial por Hazan e Shaver (1987). Para tal, os autores utilizaram as descrições dos três estilos de vinculação referidos, a partir das quais derivaram itens que se relacionassem com os padrões de vinculação na infância, e adicionaram itens que representam aspectos importantes da vinculação, nomeadamente a crença do indivíduo sobre a disponibilidade e resposta da figura de vinculação e a sua reacção perante a separação.

A AAS-R foi adaptada à população portuguesa por Canavarro (1997) e posteriormente desenvolvida (Tereno, 2001; Almeida, 2005; cit. por Canavarro, Dias & Lima, 2006), e intitulada de *Escala de Vinculação do Adulto* (EVA). Esta escala é constituída por 18 itens, onde são admitidas respostas numa escala de Likert de 5

pontos, que vai de *Nada característico em mim* até *Extremamente característico em mim*.

No estudo de adaptação da EVA para Portugal, Canavarro et al. (2006) identificaram através da análise factorial os seguintes factores: *Ansiedade*, *o Conforto com a Proximidade* e a *Confiança nos Outros*, os quais se mostram relacionados com os factores da versão americana *Anxiety*, *Close* e *Depend* (respectivamente). O Factor 1, *Ansiedade*, diz respeito ao grau de ansiedade sentido pelo indivíduo em contexto inter-relacional, perante questões se referem ao receio de ser abandonado ou não querido. O Factor 2, *Conforto com a Proximidade*, refere-se ao grau de conforto do indivíduo perante a proximidade e intimidade. O Factor 3, *Confiança nos Outros*, diz respeito ao grau de confiança que o indivíduo tem nos outros, nomeadamente à disponibilidade destes quando ele necessita deles. Estas dimensões relacionam-se com os estilos de vinculação do seguinte modo: o padrão de vinculação Seguro apresenta conforto com a proximidade, confiança nos outros e não sente medo de ser abandonado; o padrão de vinculação Evitante não apresenta conforto com a proximidade, não confia nos outros, nem sente medo em ser abandonado; o padrão de vinculação Preocupado não apresenta conforto com a proximidade, não confia nos outros, e sente receio em ser abandonado (Canavarro et al., 2006).

Na apresentação das normas de referência, os autores referem que não há diferenças significativas entre os sexos. Em comparação com a versão americana, quase todos os itens (excepto os itens 14 e 17) saturam nas mesmas dimensões, constituindo um indício de validade estrutural da EVA. Em relação à consistência interna o valor alpha de Cronbach para o total da escala apresenta-se elevado (.81), havendo diferenças no que diz respeito às subescalas, tendo a subescala *Ansiedade* um valor elevado (.84), e as subescalas *Conforto com a Proximidade* e *Confiança nos Outros* valores mais baixos, de .67 e .54, respectivamente. A nível do poder discriminativo entre normalidade e patologia, o estudo em referência indica que, em comparação com a amostra normativa, os participantes da amostra clínica apresentam valores inferiores nas escalas *Conforto com a Proximidade* e *Confiança nos Outros* são e valores superiores na escala *Ansiedade*. Tais resultados vão de encontro ao teoricamente expectável pelo que se constitui como um indicador de validade de constructo.

## PROCEDIMENTO

A selecção dos participantes, na Unidade de Internamento na Clínica Psiquiátrica de São José, foi feita através de informações clínicas realizadas pelos psiquiatras, seleccionando-se participantes que apresentassem diagnóstico de Perturbação Depressiva sem sintomatologia psicótica. Foi solicitada a colaboração desses participantes, dando-se informações acerca da finalidade do estudo e do tempo de aplicação. Após o consentimento dos candidatos foi acordada a sessão de investigação. Cada aplicação demorou, em média, 2 horas. Após leitura e assinatura do Consentimento Informado por parte dos participantes, realizou-se a aplicação individual do MMPI-2, seguida do QED e da EVA.

Devido às dificuldades associadas à situação clínica dos participantes, designadamente lentificação psicomotora e falhas de concentração, a aplicação dos instrumentos foi realizada em regime de aplicação individual. Nesta metodologia, tanto o aplicador como o participante têm acesso ao caderno de itens, sendo o aplicador a ler os itens e as registar as respostas orais do participante. No MMPI-2 em comparação com a metodologia de auto-administração, este método mostra resultados semelhantes, podendo possibilitar a origem de informações clínicas pertinentes (Edwards, Holmes & Carvajal, 1998).

A mesma situação clínica levou a que, nalgumas situações, o tempo de aplicação se tornasse mais extenso, originando mais cansaço por parte dos participantes. Nessas situações, a recolha de dados foi interrompida após aplicação do MMPI-2 e aplicou-se o QED e a EVA noutra sessão com intervalo de tempo não superior a uma semana.

Foram realizadas as cotações do MMPI-2, do QED e da EVA e analisados os valores significativos. No MMPI-2, as normas de referência para interpretação dos valores significativos das Escalas de Validade (Anexo B), assim como das restantes escalas ( $T \leq 40$  e  $T \geq 65$ ) foram retiradas do manual do instrumento (Butcher et al., 2001). Após cotação do QED os participantes foram categorizados de acordo com os valores apresentados. A categoria introjectiva referiu-se a participantes que apresentaram valores superiores no factor Auto-Criticismo; a categoria anaclítica referiu-se a participantes que apresentaram o Factor Dependência acima do limite superior; e a categoria indefinida referiu-se a participantes que não apresentaram valores significativos em nenhum factor. O factor Eficácia, não foi tido em conta na

categorização dos indivíduos, pois este factor não apresenta diferenças significativas entre indivíduos com depressão e indivíduos normais (Franché & Dobson, 1992; Klein, Harding, Taylor & Dickstein, 1988; cit. por Campos, 2009). Os limites inferiores e superiores que pretendem a verificação de elevações significativas são apresentados de forma discriminada para as duas dimensões e para ambos os sexos (Anexo B). Tais limites foram calculados através das normas de referência do manual, com a soma e a subtracção do valor do desvio-padrão ( $DP = 0.81$  nas mulheres e  $DP = 0.85$  nos homens para o factor Dependência, e  $DP = 1.08$  nas mulheres e  $DP = 0.82$  nos homens para o factor Auto-Criticismo) à média ( $M = 4.87$  nas mulheres e  $M = 4.54$  nos homens para o factor Dependência, e  $M = 4.61$  nas mulheres e  $M = 4.73$  nos homens para o factor Auto-Criticismo). Na EVA as normas de referência para verificação de resultados significativos de cada indivíduo em cada uma das três dimensões foram calculadas para cada dimensão (Anexo B) através da subtracção e da soma do desvio-padrão ( $DP = 0.74$  para a dimensão Ansiedade,  $DP = 0.58$  para a dimensão Conforto com a Proximidade, e  $DP = 0.53$  para a dimensão Confiança nos Outros) à média de cada dimensão ( $M = 2.43$  para a dimensão Ansiedade,  $M = 3.49$  para a dimensão Conforto com a Proximidade, e  $M = 3.27$  para a dimensão Confiança nos Outros).

## RESULTADOS

### MMPI-2

#### ESCALAS CLÍNICAS

O Quadro 1 mostra os valores, em T-Scores, dos participantes nas escalas clínicas. Os valores significativos ( $\leq 40$  ou  $\geq 65$ ) estão representados a negrito. A observação destes dados permitiu perceber que as escalas *Depressão (D)*, *Histeria (Hy)*, *Psicastenia (Pt)* e *Esquizofrenia (Sc)* foram as que apresentaram elevações em todos os participantes, embora com intensidades diferentes. Outras escalas apresentaram elevações na maioria dos participantes. Na escala *Hipocondria (Hs)* 9 participantes apresentaram valores elevados e apenas um participante apresentou valor dentro da média (participante 4,  $T = 61$ ). Na escala *Paranoia (Pa)* oito participantes mostraram elevação da escala e dois participantes apresentaram valores médios (participantes 1 e 7, com  $T = 49$  e  $T = 56$ , respectivamente). Na escala *Desvio Psicopático (Pd)* 7 participantes mostraram elevações e três participantes apresentaram valores dentro da média (participantes 3, 4 e 7, com  $T = 60$ ,  $T = 47$  e  $T = 63$ , respectivamente). Nas restantes escalas, *Masculinidade-Feminilidade (Mf)*, *Hipomania (Ma)* e *Introversão Social (Si)*, a maioria dos participantes apresentou valores dentro da média, sendo que na escala *Mf* três participantes apresentaram elevações ( $T = 65$  no participante 3, e  $T = 69$  nos participantes 4 e 8), assim como na escala *Si* ( $T = 69$  no participante 2,  $T = 73$  no participante 3 e  $T = 72$  no participante 7). Na escala *Ma* quatro participantes apresentaram valores significativos, sendo três elevações nos participantes 4, 8 e 10 ( $T = 79$ ,  $T = 74$  e  $T = 71$ , respectivamente), e um valor abaixo da média no participante 7 ( $T = 37$ ).



**Quadro 1.**

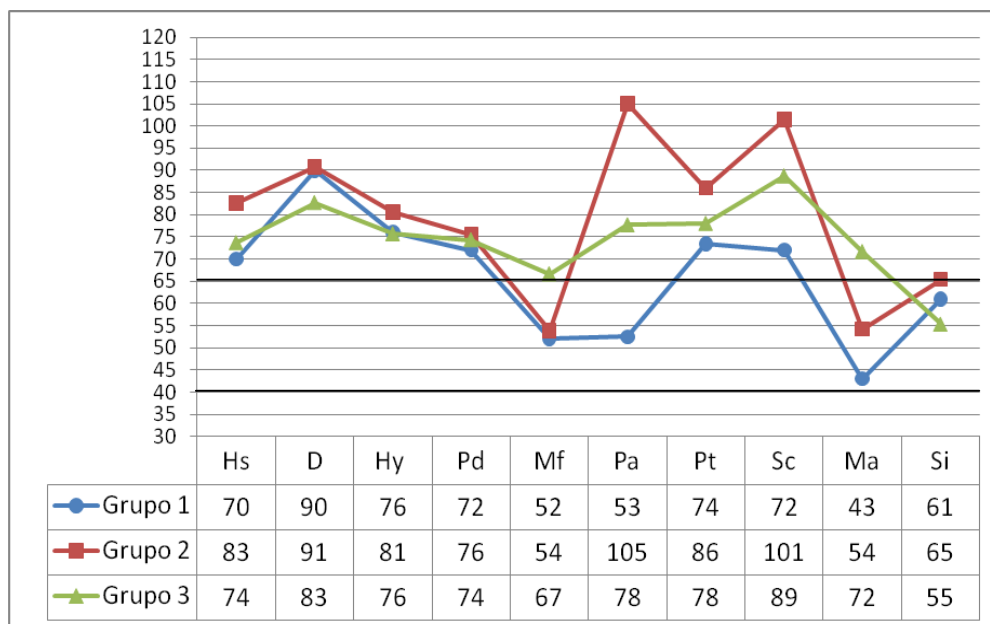
Resultados nas Escalas Clínicas por participante

| <b>Participantes</b> | <b><i>Hs</i></b> | <b><i>D</i></b> | <b><i>Hy</i></b> | <b><i>Pd</i></b> | <b><i>Mf</i></b> | <b><i>Pa</i></b> | <b><i>Pt</i></b> | <b><i>Sc</i></b> | <b><i>Ma</i></b> | <b><i>Si</i></b> |
|----------------------|------------------|-----------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| <b>1</b>             | <b>73</b>        | <b>88</b>       | <b>77</b>        | <b>81</b>        | 57               | 49               | <b>77</b>        | <b>79</b>        | 49               | 50               |
| <b>2</b>             | <b>88</b>        | <b>101</b>      | <b>89</b>        | <b>73</b>        | 43               | <b>107</b>       | <b>94</b>        | <b>105</b>       | 53               | <b>69</b>        |
| <b>3</b>             | <b>78</b>        | <b>83</b>       | <b>70</b>        | 60               | <b>65</b>        | <b>103</b>       | <b>88</b>        | <b>106</b>       | 51               | <b>73</b>        |
| <b>4</b>             | 61               | <b>79</b>       | <b>65</b>        | 47               | <b>69</b>        | <b>74</b>        | <b>68</b>        | <b>84</b>        | <b>79</b>        | 53               |
| <b>5</b>             | <b>78</b>        | <b>81</b>       | <b>80</b>        | <b>84</b>        | 62               | <b>89</b>        | <b>83</b>        | <b>91</b>        | 62               | 52               |
| <b>6</b>             | <b>88</b>        | <b>97</b>       | <b>96</b>        | <b>90</b>        | 58               | <b>108</b>       | <b>94</b>        | <b>103</b>       | 49               | 63               |
| <b>7</b>             | <b>67</b>        | <b>92</b>       | <b>75</b>        | 63               | 47               | 56               | <b>70</b>        | <b>65</b>        | <b>37</b>        | <b>72</b>        |
| <b>8</b>             | <b>82</b>        | <b>88</b>       | <b>82</b>        | <b>92</b>        | <b>69</b>        | <b>70</b>        | <b>83</b>        | <b>91</b>        | <b>74</b>        | 61               |
| <b>9</b>             | <b>73</b>        | <b>83</b>       | <b>73</b>        | <b>68</b>        | 60               | <b>89</b>        | <b>70</b>        | <b>90</b>        | 47               | 61               |
| <b>10</b>            | <b>86</b>        | <b>90</b>       | <b>75</b>        | <b>87</b>        | 43               | <b>118</b>       | <b>84</b>        | <b>103</b>       | <b>71</b>        | 61               |

*Nota.* Valores expressos em Notas T

Foram identificadas as características comuns e os aspectos diferenciadores dos participantes, tendo-se encontrado três tipos de perfis. Os protocolos da amostra foram agrupados em três grupos, e calculou-se o valor médio de cada grupo para as diversas escalas. A partir do valor médio constituiu-se um perfil de cada grupo, intitulando-se os perfis de grupo 1, grupo 2 e grupo 3.

A representação gráfica destes três perfis (Figura 1) nas Escalas Clínicas permitiu perceber que: o grupo 1 apresentou um perfil com características mais acentuadas de neuroticismo; o grupo 2 teve um perfil que evidenciou psicoticismo; e o grupo 3 mostrou elevação na maioria das escalas, o que indicia uma perturbação da personalidade associada à perturbação clínica.

**Figura 1.** Valores médios dos grupos nas Escalas Clínicas

Prosseguiu-se a análise dos perfis, onde se consideraram os valores médios de cada grupo nas várias escalas (Figura 1).

O grupo 1, que apresentou elevação nas escalas relacionadas com o neuroticismo foi constituído por dois participantes (1 e 7). O perfil deste grupo evidenciou-se pela semelhança apresentada na estrutura triangular das três primeiras escalas, onde a escala *D* se apresentou mais elevada do que as escalas *Hs* e *Hy*. Verificaram-se também elevações nas escalas *Pd*, *Pt* e *Sc*, e os valores das escalas *Pa* e *Ma* estavam dentro da média, diferenciando-se dos outros grupos. As elevações nas escalas do lado esquerdo do perfil, *D*, *Hy*, *Hs* e *Pd*, indicaram que os participantes deste grupo apresentaram sintomas de depressão marcados, tendo pouco *insight* e rejeitando problemas psicológicos, sendo pessimistas e negativos. A elevação das escalas do lado direito do perfil indicou a presença de tensão, ansiedade e desorganização cognitiva, o que pode estar relacionado com a situação clínica dos indivíduos, ainda em fase aguda, que mostram o impacto da ansiedade no funcionamento mental.

O grupo 2, que apresentou as escalas ligadas ao psicoticismo mais evidentes, foi constituído por cinco participantes (2, 3, 6, 9, e 10). No perfil deste grupo, distinguiram-se as elevações das escalas *Pa*, *Pt* e *Sc*, em que a escala *Pt* teve um valor mais baixo do

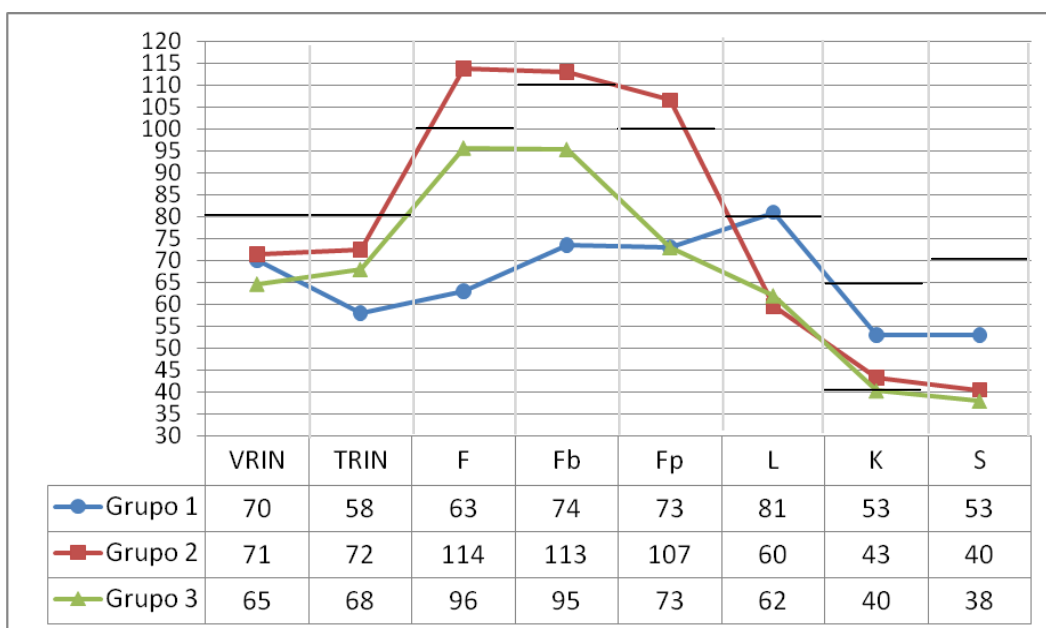
que a *Pa* e a *Sc*, criando uma estrutura em forma de “V”. Tais elevações indicaram a presença de perturbações no afecto, onde há demasiada sensibilidade à crítica e desconfiança nos relacionamentos interpessoais, que se ligam a preocupações exageradas, ansiedade e tensão, assim como a desorganização e desorientação do pensamento e do comportamento, sentindo que não têm controlo no que sentem. As elevações secundárias verificadas nas escalas relacionadas com o neuroticismo (*Hs*, *D*, *Hy* e *Pd*) puderam indicar a reactividade e o sofrimento emocional associado à perturbação.

Por último, o grupo 3 foi constituído por três indivíduos (4, 5, e 8) e o perfil apresentou uma flutuação das Escalas Clínicas, com valores elevados, acima de T70, em oito das dez escalas, indicando uma alteração generalizada das diversas áreas de funcionamento, a nível cognitivo, afectivo e social. As elevações mais evidentes, das escalas *Sc*, *D*, *Pa* e *Pt*, mostraram a prevalência da desorganização do pensamento e do comportamento nos participantes do grupo, em conjunto com características depressivas e problemas a nível relacional, assim como ansiedade e tensão consideráveis.

#### ESCALAS DE VALIDADE

Em anexo (Anexo C) estão representados os valores de cada participante nas Escalas de Validade. Tendo em conta o contexto clínico dos participantes, internados em ambiente hospitalar psiquiátrico e onde a perturbação se apresenta em fase aguda, é de esperar elevações nas escalas de validade, assim como valores baixos na escala *Correcção* (*K*), pelo que nenhum perfil individual foi considerado inválido.

A Figura 2 representa os perfis dos três grupos nas Escalas de Validade. Verificou-se que as escalas *Infrequência* (*F*) e *Infrequência (Back)* (*Fb*) apresentaram diferenças entre o grupo 2 e os outros grupos, o que indicou que este grupo apresenta psicopatologia mais acentuada, assim como maior desorganização do pensamento. A escala *Insinceridade* (*L*) também se mostrou diferenciadora, neste caso entre o grupo 1 e os outros dois grupos, sendo que o grupo 1 apresentou um valor elevado que mostra tentativas de maior autocontrolo e rigidez nos ideais religiosos e morais. A escala *K* apresentou valores no limite ou próximos do limite inferior da média nos grupos 2 e 3, o que indica algum exagero face à perturbação e que reflecte o sofrimento subjectivo destes participantes.

**Figura 2.** Valores médios dos grupos nas Escalas de Validade

#### ESCALAS DE PERSONALIDADE PSY-5

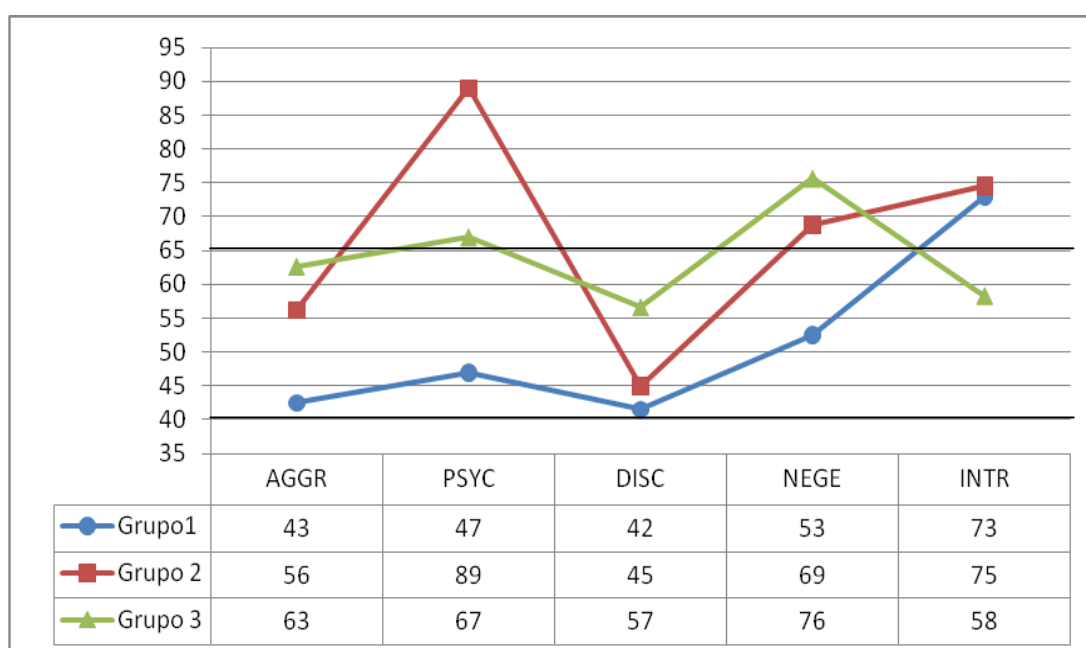
Em anexo (Anexo D) são apresentados os valores individuais nas Escalas de Personalidade Psy-5. A Figura 3 representa os perfis dos três grupos nas Escalas de personalidade Psy-5, *Agressividade (AGGR)*, *Psicoticismo (PSYC)*, *Desconstrangimento (DISC)*, *Negatividade Emocional/Neuroticismo (NEGE)* e *Introversão/Emocionalidade Positiva Baixa (INTR)*.

No grupo 1 verificou-se elevação apenas na escala *INTR*, sendo que os valores das escalas *AGGR*, *PSYC* e *DISC* se apresentaram perto do limite inferior da média. A elevação na escala *INTR* indicou insatisfação, baixa auto-estima, baixa energia, com afastamento social e flutuação emocional, havendo desconforto e evitamento das relações sociais. Em conjunto com os valores baixos das outras escalas, o perfil indicou que os participantes deste grupo apresentaram características em que as relações com os outros são superficiais, distantes e formais, em simultâneo com a maior preocupação consigo mesmos e em detectar e corrigir erros ao nível dos seus comportamentos e ideais sobre o mundo.

No grupo 2 observou-se uma elevação significativa (a mais alta dos três perfis) na escala *PSYC*, indicando características a nível do pensamento, com presença de sintomas psicóticos, com ideias delirantes e de desconfiança. Aqui, os indivíduos irão mostrar desadaptação ao mundo exterior, apresentando comportamentos e pensamentos estranhos e peculiares, que se vão repercutir nas dificuldades de interacção com os outros. O grupo apresentou ainda as escalas *NEGE* e *INTR* elevadas e a escala *DISC* com valor baixo, que realçaram a instabilidade social marcada, havendo dependência dos outros, com sentimentos de abandono e desamparo, assim como hipersensibilidade ao criticismo. Estas características resultaram em insatisfação, flutuação emocional e desconforto social, havendo tentativas de se controlarem e com preocupação em resolver os problemas.

No grupo 3 os valores de todas as escalas encontram-se perto ou acima do limite superior à média, o que indicou características relacionadas com a presença de perturbação da personalidade. A maior elevação registou-se na escala *NEGE*, indicando desconforto a nível emocional, com as relações sociais marcadas por dependência e instabilidade, medo ser abandonado e hipersensibilidade ao criticismo. Também a escala *PSYC* apresentou elevação, embora mais baixa, indicando perturbações ao nível da interacção com os outros, que reflecte a sua incapacidade de adaptação às relações sociais. Nas relações com os outros, estes indivíduos vão-se mostrar hostis e desconfiados, sentindo-se maltratados e ressentidos facilmente.

**Figura 3.** Valores médios dos grupos nas Escalas Psy-5



### SUBESCALAS CLÍNICAS HARRIS-LINGOES

Em anexo (Anexo E) são apresentados os valores individuais nas Subescalas Clínicas Harris-Lingoes. A Figura 4 representa os valores das Subescalas Clínicas Harris-Lingoes onde se verificaram resultados que permitiram diferenciar os grupos, sendo elas: *Inibição Psicomotora (D2)*, *Denegação da Ansiedade Social (Hy1)*, *Necessidade de Afecto (Hy2)*, *Queixas Somáticas (Hy4)*, *Alienação Social (Pd4)*, *Ideias Persecutórias (Pa1)*, *Pungência (Pa2)*, *Alienação Social (S1)*, *Falta de Competência Egóica/Inibição Disfuncional (Sc5)*, *Experiências Sensoriais Bizarrras (Sc6)*, *Amoralidade (Ma1)*, e *Aceleração Psicomotora (Ma2)*.

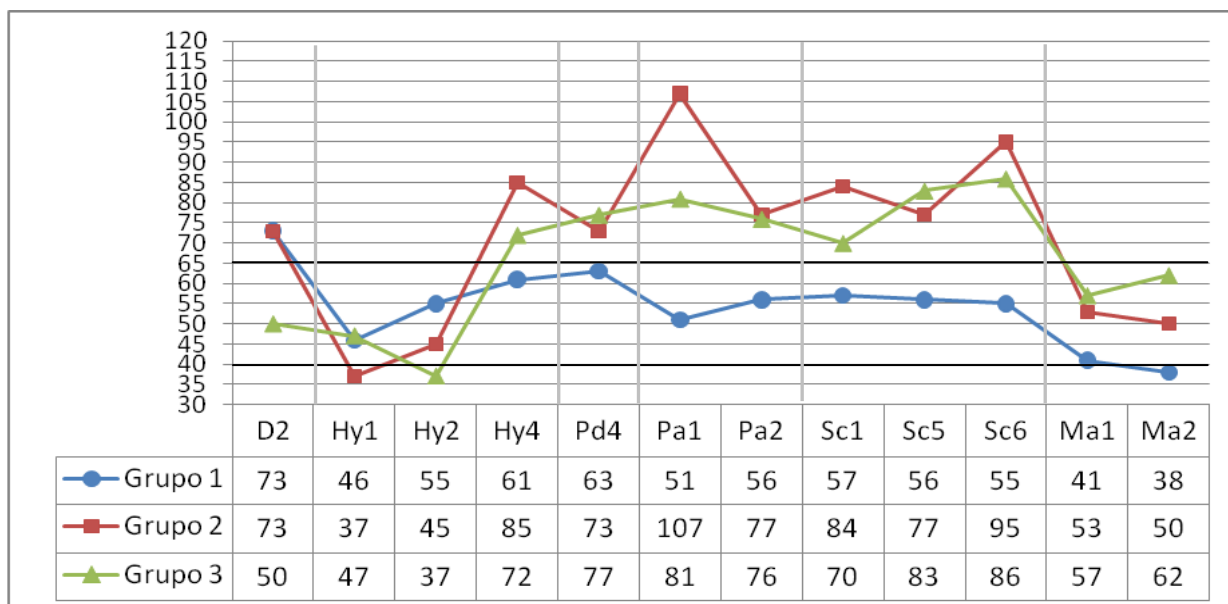
No grupo 1 verificou-se que apenas as subescalas *D2*, *Ma1* e *Ma2* apresentaram valores significativos ou próximos do limite, com a *D2* elevada e as *Ma1* e *Ma2* próximas ou abaixo do limite inferior da média. Estes resultados mostraram a falta de energia e iniciativa para lidar com as actividades diárias, o evitamento das relações sociais, e a negação de impulsos hostis e agressivos, havendo controlo moral, preocupação com os seus objectivos e motivos, podendo haver sentimentos de culpa.

No grupo 2 verificaram-se elevações nas subescalas *D2*, *Hy4*, *Pd4*, *Pa1*, *Pa2*, *Sc1*, *Sc5*, *Sc6*, bem como a subescala *Hy1* abaixo da média. O valor baixo na subescala *Hy1*, em conjunto com a elevação na subescala *Sc1*, indicaram o desconforto e as dificuldades dos participantes nas interacções sociais, sentindo que não têm capacidade de estabelecer comunicação com os outros e que são facilmente influenciados pelas regras e costumes sociais. Em simultâneo, como a elevação da subescala *Pd4* indicou, os indivíduos sentem-se incompreendidos pelos outros e infelizes, mostrando arrependimento por comportamentos passados. As elevações das subescalas *D2* e *Pa2* indicaram que os participantes mostram desmotivação em lidar com as situações e negar os impulsos hostis, considerando-se diferentes dos outros, com sensibilidade emocional e sentimentos de tensão. Para além destas características a nível relacional, este grupo mostrou também características relacionadas com sintomas psicóticos, como se verifica nas elevações das subescalas *Pa1*, *Sc6*, *Hy4* e *Sc5*. Estas elevações indicaram a presença de ideias de influência externa, com sentimentos de descontrolo dos impulsos e experiência de emoções estranhas, com mudanças na percepção de si mesmos e

sentimentos de alienação. Verificou-se também a existência de centração nos sintomas físicos e tendência a culpabilizar factores externos para os seus problemas e frustrações.

Por último, o grupo 3 apresentou semelhanças com o grupo 2, com elevações das subescalas *Hy4*, *Pd4*, *Pa2*, *Sc1*, *Sc5* e *Sc6*, sendo que neste caso a intensidade das subescalas foi menor. Mostrou também um valor abaixo da média na subescala *Hy2*. Tal como no grupo 2, as elevações nas subescalas *Sc1*, *Pd4* e *Pa2* indicaram características ligadas às relações interpessoais, onde se verifica incapacidade de estabelecer comunicação com outros e tendência para o afastamento. Estes indivíduos sentem-se incompreendidos e infelizes, acreditam que os outros falam deles na sua ausência e consideram-se diferentes dos outros, mostrando maior sensibilidade e subjectividade nos sentimentos. No entanto, o valor baixo na subescala *Hy2* indicou que estas características estão relacionadas com a desconfiança nos outros, sendo pessimistas face às atitudes dos outros e analisando os seus motivos. As elevações nas subescalas *Sc5*, *Sc6*, *Pa1* e *Hy4*, tal como no grupo anterior indicaram uma maior centração nos sintomas físicos, dissociação do afecto, com dificuldade em controlar os impulsos e sentimentos de estranheza e de alienação, havendo tendência a culpabilizar factores externos para os seus problemas e frustrações.

**Figura 4.** Valores médios dos grupos nas Subescalas Harris-Lingoes



### ESCALAS DE CONTEÚDO

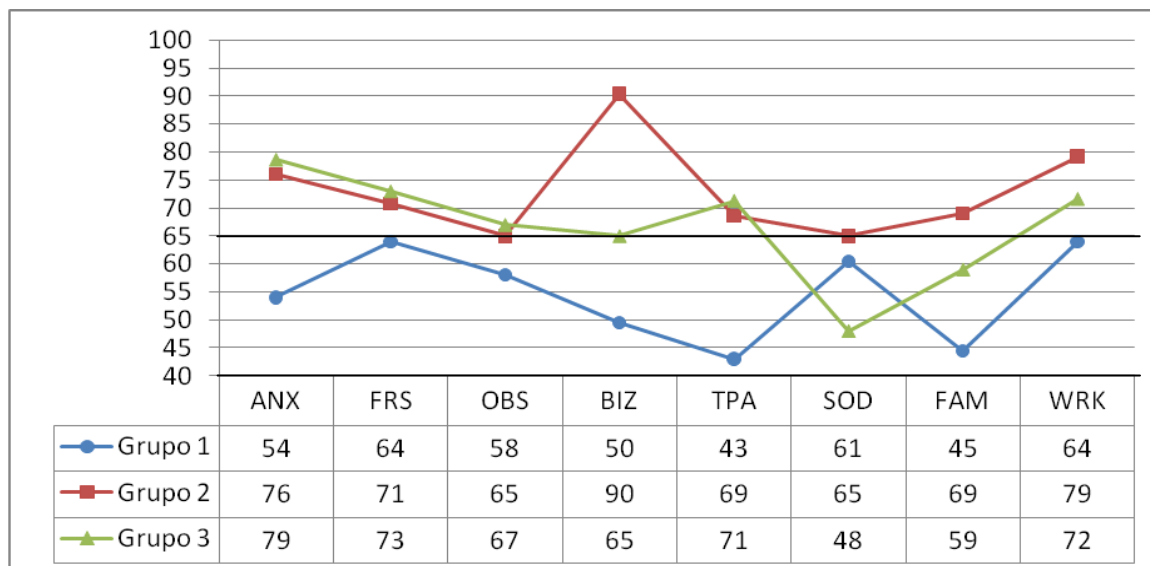
Em anexo (Anexo F) são apresentados os valores individuais das Escalas de Conteúdo. A Figura 5 representa os valores médios de cada grupo nestas escalas, que reflectiram diferenças entre os grupos, sendo elas: *Ansiedade (ANX)*, a *Medos (FRS)*, *Obsessões (OBS)*, *Pensamento Bizarro (BIZ)*, *Comportamento Tipo A (TPA)*, *Desconforto Social (SOD)*, *Problemas Familiares (FAM)*, e *Interferência no Trabalho (TRT)*.

Nas escalas aqui apresentadas verificou-se que o grupo 1 não apresentou elevações, mostrando diferenças em relação aos outros grupos.

Por seu lado, o grupo 2 apresentou elevações em todas as escalas representadas na Figura 5, sendo o grupo onde as escalas apresentaram valores mais elevados. A escala *BIZ* foi a que mais se distinguiu, indicando a presença de sintomas psicóticos. Houve também elevação das escalas *ANX* e *FRS*, onde se verificou a existência de ansiedade e medos específicos, da escala *OBS* que indicou dificuldades em tomar decisões, com ruminações e preocupações excessivas. Nas escalas *TPA* e *SOD* os participantes deste grupo mostraram dificuldades nos relacionamentos interpessoais, com presença de irritabilidade, impaciência e apreensão face às relações sociais, e tendência a sentirem-se tímidos e a evitarem eventos sociais em grupo. Este conjunto de características, onde se evidenciaram os sintomas psicóticos, a instabilidade e o desconforto nas relações sociais, têm como consequência problemas ao nível da vida familiar e no trabalho, como se verificou nas elevações das escalas *FAM* e *TRT*.

No grupo 3, em comparação com o grupo 2, as elevações tiveram valores mais baixos e as escalas *SOD* e *FAM* encontraram-se dentro da média. As elevações nas escalas *ANX* e *FRS* evidenciaram os sentimentos de ansiedade e preocupação, assim como a existência de medos específicos. As elevações nas escalas *TPA* e *WRK* indicaram a impaciência e irritabilidade dos indivíduos, assim como problemas no trabalho como consequência dos seus comportamentos. As escalas *OBS* e *SOD* encontraram-se no limite superior da média e indicaram a presença, embora de forma não tão intensa como no grupo 2, de dificuldades em tomar decisões, com ruminações e preocupações excessivas, assim como apreensão face aos outros, visão de si próprios como tímidos e evitamento de actividades em grupo.



**Figura 5.** Valores médios dos grupos nas Escalas de Conteúdo

### ESCALAS SUPLEMENTARES

Em anexo (Anexo G) são apresentados os valores individuais nas Escalas Suplementares). A Figura 6 representa as Escalas Suplementares que evidenciaram diferenças entre os grupos, sendo elas: *Ansiedade (A)*, *Repressão (R)*, *Responsabilidade Social (Re)*, *Escala de Problemas Conjugais (MDS)*, *Controlo Excessivo da Hostilidade (O-H)*, *Escala de Alcoolismo de MacAndrew (MAC-R)*, e *Papel de Género-Feminino (GF)*.

No grupo 1 destacaram-se as escalas *R* e *O-H*, que apresentaram valores elevados. Estas elevações reflectem a tentativa dos participantes deste grupo em reprimir a expressão dos seus problemas e/ou a desvalorizá-los, e a controlar demasiado as suas emoções e os seus impulsos hostis.

O grupo 2 apresentou as escalas *A* e *MDS* elevadas e a escala *Re* com valor abaixo da média. A elevação na escala *A* indicou desajustamento ou perturbação emocional, a elevação da escala *MDS*, que se diferenciou da intensidade em relação aos outros grupos, mostrou existência de problemas ao nível das relações interpessoais mais próximas, e o valor baixo na escala *Re* indicou a presença de problemas a nível comportamental, com atitudes que não mostram responsabilidade social.

O grupo 3 apresentou elevações nas escalas *A*, *MDS*, *MAC-R* e valor abaixo da média na escala *GF*. As elevações nas escalas *A* e *MDS* apresentaram as mesmas características do grupo 2, perturbação emocional e problemas nos relacionamentos interpessoais, embora com menos intensidade, sendo que a escala *MDS* apresentou menor intensidade, estando mais próxima do limite superior da média e do valor do grupo 1 do que do grupo 2. A escala *MAC-R* elevada indicou que estes indivíduos apresentaram vulnerabilidade em desenvolver problemas relacionados com o abuso de substâncias. E o valor baixo na escala *GF* mostrou que os participantes deste grupo apresentaram pouco interesse em actividades femininas estereotipadas, podendo indicar problemas comportamentais ao nível social e pouca sensibilidade.

**Figura 6.** Valores médios dos grupos nas Escalas Suplementares



### IDEAÇÃO SUICIDA

Analisaram-se os itens do MMPI-2 que indicam ideação suicida, comparando-os com as informações clínicas dos participantes relacionadas com as tentativas de suicídio e ideação suicida. As respostas nestes itens variaram nos três grupos (Quadro 2): no grupo 1 os indivíduos cometeram tentativa de suicídio e a média de respostas foi inferior às dos outros grupos (61.4%); o grupo 2 foi o que apresentou a média de respostas mais alta (86.4%), no grupo 3 apenas um participante cometeu tentativa de

suicídio e em dois deles o tema suicídio não foi referido nas informações clínicas, e a média de respostas foi maior do que a do grupo 1 (75.8%).

### Quadro 2.

Informações clínicas e médias de respostas aos itens do MMPI-2 sobre o suicídio

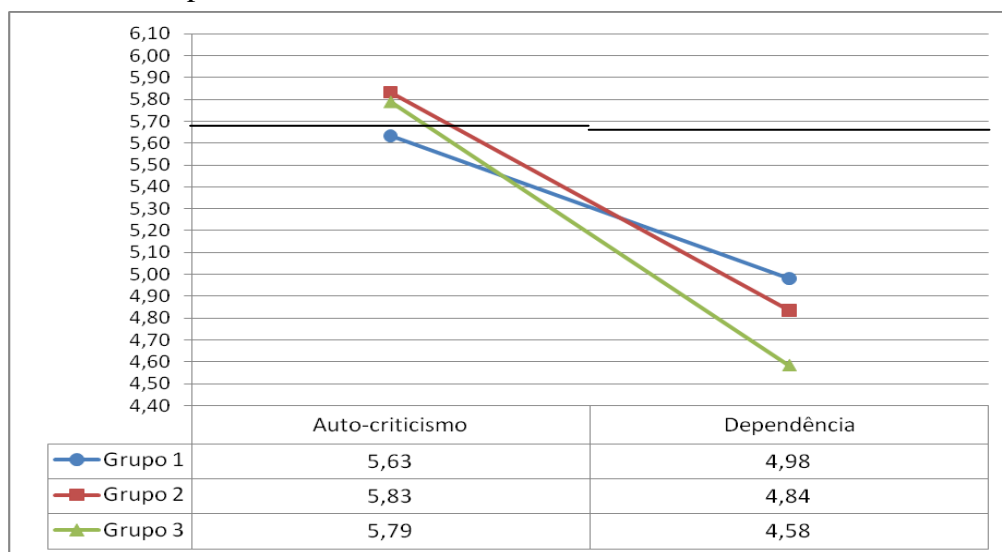
|         | Participantes | Informação Clínica | Média Grupo |
|---------|---------------|--------------------|-------------|
| Grupo 1 | 1             | Tentativa          | 61.4%       |
|         | 7             | Tentativa          |             |
| Grupo 2 | 2             | Ideação            | 86.4%       |
|         | 3             | Tentativa          |             |
|         | 6             | Ideação            |             |
|         | 9             | Não é referido     |             |
|         | 10            | Tentativa          |             |
| Grupo 3 | 4             | Não é referido     | 75.8%       |
|         | 5             | Tentativa          |             |
|         | 8             | Não é referido     |             |

### QED

A partir dos resultados individuais nos factores do QED (Anexo H), calcularam-se os valores médios de cada um dos três grupos (diferenciados de acordo com os perfis das Escalas Clínicas do MMPI-2) nos Factores Auto-Criticismo e Dependência, estando representados na Figura 7.

Consideraram-se os valores dos limites inferiores e superiores nos dois factores, sendo 3.53 e 5.69 (respectivamente) no Factor Auto-Criticismo, e 4.06 e 5.68 (respectivamente) no Factor Dependência. No grupo 1 os valores não apresentaram elevação em qualquer factor, pelo que se caracterizou por indefinido. Os grupos 2 e 3 apresentaram um valor elevado no Auto-Criticismo, o que os caracterizou como introjectivos. Na comparação entre os grupos, percebeu-se que o grupo 3 foi o que apresentou maior divergência de valores.

**Figura 7.** Valores médios dos grupos nos factores Auto-Critiscimo e Dependência



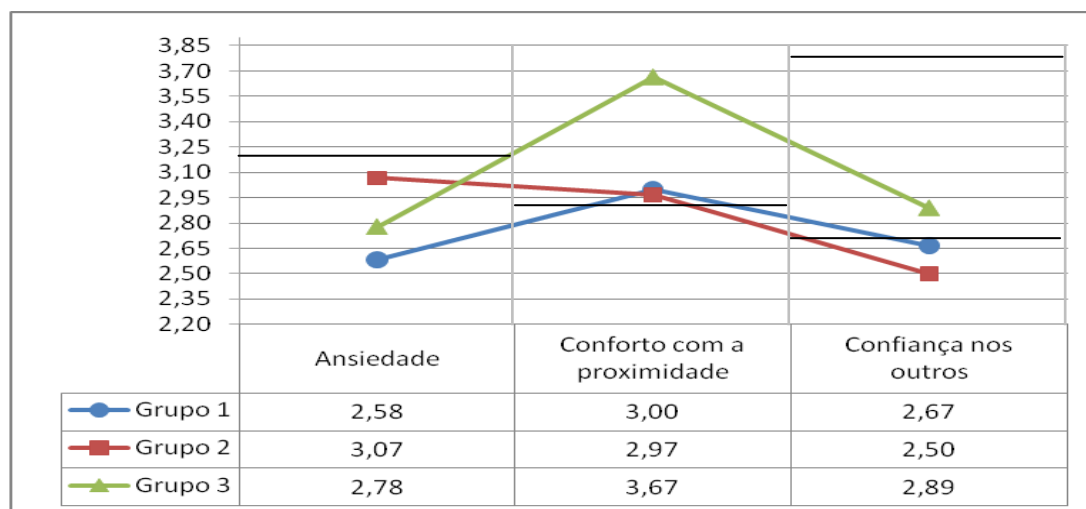
## EVA

A partir dos resultados individuais nas dimensões da EVA (Anexo I), calcularam-se os valores médios de cada um dos três grupos (diferenciados de acordo com os perfis das escalas clínicas do MMPI-2) para cada dimensão, Ansiedade, Conforto com a Proximidade, e Confiança nos Outros, estando representados na Figura 8.

Consideraram-se os valores dos limites inferiores e superiores em cada dimensão, sendo 1.69 e 3.17 (respectivamente) na dimensão Ansiedade, 2.91 e 4.07 (respectivamente) na dimensão Conforto com a Proximidade, e 2.74 e 3.80 (respectivamente) na dimensão Confiança nos Outros. Observou-se que os grupos 1 e 2 apresentaram a dimensão Confiança nos Outros abaixo do limite inferior da média, indicando que os participantes destes grupos não confiam que os outros estarão disponíveis para os ajudar, quando necessitarem. O grupo 3 apresentou os valores de todas as dimensões dentro da média.

Na comparação entre os grupos percebeu-se que na dimensão Conforto com a Proximidade o grupo 3 se apresentou mais elevado do que os outros grupos. Na dimensão Ansiedade o grupo 2 apresentou maior diferenciação em relação aos outros grupos, estando mais próximo do limite superior da média. E na dimensão Confiança nos Outros o grupo 2 foi o que apresentou o valor mais baixo, enquanto o grupo 1 se encontrou perto do limite inferior da média.

**Figura 8.** Valores médios dos grupos nas dimensões Ansiedade, Conforto com a Proximidade, e Confiança nos Outros



## ANÁLISE DOS RESULTADOS

Tendo presente as dificuldades em estudar populações clínicas e sobretudo obter amostras com diagnósticos fiáveis, delineámos um estudo com uma amostra de dimensão reduzida. Com isso, pretendíamos que o estudo permitisse explorar a existência e especificidades das relações entre: as configurações da personalidade e as dimensões da depressão de S. Blatt, anaclítica e introjectiva; essas mesmas dimensões da depressão e as dimensões de vinculação - Ansiedade, Conforto com a Proximidade, e Confiança nos Outros; e dessas dimensões da vinculação com as configurações da personalidade.

Neste tipo de estudo, estão à partida limitadas as análises estatísticas de tipo inferencial, pelo que nos baseámos apenas em estatística descritiva que nos permitiu traduzir com maior objectividade as tendências de resultados, no sentido da aproximação ou diferenciação de dimensões psicológicas associadas à psicopatologia depressiva.

Nas Escalas Clínicas os perfis dos três grupos apresentaram elevações nas escalas que indicam a presença de sintomas depressivos, mostrando sofrimento psicológico e desorganização do pensamento e do funcionamento. Estas características relacionaram-se com as informações clínicas obtidas, onde se verificou que todos os participantes (com excepção do participante 5) tinham diagnóstico de Perturbação Depressiva. No

entanto, as diferenças estruturais dos três perfis nas Escalas Clínicas, em conjunto com a análise dos conjuntos das outras escalas indicaram que os grupos apresentaram características de personalidade diferentes entre si.

Apesar de não podermos afirmar que as configurações diferenciadas pelo MMPI-2 identificam diferentes tipos de depressão nem as diferentes dimensões de vinculação, explorámos as relações entre estas configurações e os tipos de perturbação depressiva, a anaclítica e a introjectiva, e as dimensões de vinculação, Ansiedade, Conforto com a Proximidade e Confiança nos Outros.

Os três grupos, diferenciados a partir do perfil das Escalas Clínicas do MMPI-2 apresentaram características que se podem relacionar com as duas dimensões avaliadas pelo QED e as três dimensões avaliadas pela EVA. No entanto, os dados do QED não apresentaram resultados diferenciadores entre os três grupos, e na EVA, à excepção da dimensão confiança nos outros, os dados não se apresentaram significativamente diferentes entre os três grupos.

O grupo 1, de tipo neurótico e introvertido, apresentou menor impacto da sintomatologia e menor desorganização em comparação com os outros grupos. Na análise das escalas do MMPI-2, percebeu-se que os participantes apresentaram características que indicavam sentimentos de preocupação consigo próprios, fazendo tentativas de autocontrolo, dos impulsos e das emoções, podendo haver sentimentos de culpa (elevações de *L*, *R* e *O-H* e valores baixos nas escalas *Ma2* e *TPA*). A nível social, o grupo apresentou-se introvertido, com dificuldade em relacionar-se com os outros, mostrando evitamento e/ou passividade no contacto social, sendo as suas relações distantes e formais (elevação das escalas *D2*). As Escalas da Personalidade Psy-5, que indicaram dimensões estáveis ao nível das características de funcionamento foram de acordo com o observado nas outras escalas, onde se verificou uma maior preocupação nas especificidades do próprio, em detrimento das relações sociais.

As características acima descritas relacionam-se com uma dimensão que se caracteriza como mais relacionada com o Auto-Criticismo. No entanto, os resultados do QED não evidenciaram valores significativos, apresentando-se o grupo como Indiferenciado.

As particularidades deste grupo, observadas no MMPI-2, mostraram a presença de desconforto nas relações com os outros, podendo estar ligadas a um valor baixo da

dimensão Conforto com a Proximidade. No entanto, na EVA esta dimensão não se encontrou significativa no grupo, pelo que não foi possível estabelecer relação entre as características evidenciadas no MMPI-2 e esta dimensão da vinculação. Na EVA, este grupo apresentou a dimensão Confiança nos Outros abaixo da média, indicando que os participantes não confiam que os outros os podem ajudar quando eles necessitam. No entanto, não foram encontradas escalas do MMPI-2 com valores significativos que indicassem a presença desta dimensão.

O grupo 2 apresentou elevações do lado direito do perfil das escalas clínicas, onde se assinalam alterações de comportamento e desorganização do pensamento. Este grupo foi o que apresentou maior intensidade dos sintomas, principalmente no que diz respeito a sentimentos de estranheza e alienação face a si e aos outros (elevações nas escalas *Pa*, *Sc*, *Pa1*, *Sc1*, *Sc5*, *Sc6*, *Pa1*, *Pa2*, e *BIZ*). Os participantes do grupo mostraram também maior ansiedade, tensão, preocupações e impaciência (elevações nas escalas *ANX*, *FRS*, *OBS*, *A*, *Mt*, *PK*, *TPA*, *Re*), assim como maior instabilidade e perturbações ao nível das relações sociais (elevações nas escalas *D2* e *MDS*, e valores baixos na escala *Hy1*). Neste grupo, as escalas da personalidade Psy-5 (elevações da escala *PSYC*, *INTR* e *NEGE*, em simultâneo com o valor baixo da escala *DISC*) indicaram maior ênfase nas relações com os outros, que são instáveis e perturbadas, com características de dependência e sentimentos de abandono, em simultâneo com comportamentos hostis e de desconfiança face aos outros. Tais particularidades reflectiram a incapacidade de adaptação a situações sociais por parte dos indivíduos do grupo 2.

As características do MMPI-2 evidenciadas pelo grupo 2 reflectiram a presença de um modo de funcionamento relacionado com a dimensão Dependência, onde se notam a instabilidade e inadaptação ao nível relacional com sentimentos de abandono e de dependência. No entanto, os resultados do QED mostraram um valor significativo na dimensão Auto-Criticismo, que se traduzem no tipo de depressão introjectiva.

Em relação às dimensões da vinculação, este grupo apresentou valores semelhantes ao grupo 1, com a dimensão Confiança nos Outros baixa. E, tal como nesse grupo, não se verificaram evidências significativas que mostrassem que estes indivíduos desconfiam que os outros irão estar presentes e darão apoio quando eles necessitarem. Observaram-se características que mostram desconforto com a proximidade por parte destes participantes, assim como características que mostram receios em serem

abandonados, o que indica a presença da dimensão Conforto com a Proximidade baixa e a dimensão Ansiedade alta. No entanto, estas não apresentaram valores significativos na EVA.

O grupo 3 apresentou menos diferenciação das características no perfil das Escalas Clínicas, com elevações que sugeriram factores de perturbação da personalidade. Em comparação com os outros dois, este grupo apresentou mais à vontade social e mais energia (elevações na escala *Ma* e baixo na escala *SOD*, com valores intermédios nas escalas *D2*). Nas escalas de personalidade *Psy-5*, a escala *NEGE* foi a que se evidenciou, indicando que estes participantes se mostram dependentes dos outros, sendo indecisos, a instáveis, com medo de serem abandonados e com hipersensibilidade à crítica. À semelhança do grupo 2, este grupo apresentou as mesmas elevações nos índices relativos a sinais e sintomas de estranheza em relação a si e aos outros, dificuldades nas relações sociais, elevado nível de ansiedade, tensão e preocupação. No entanto, a intensidade destes sinais clínicos não atingiu a elevação indicada no grupo 2 o que sugere ser uma forma de funcionamento perturbada, porventura mais estável e não uma situação aguda.

À semelhança do grupo 2, as características do MMPI-2 deste grupo relacionaram-se com um funcionamento mais ao nível da dependência. Os resultados do QED indicaram também a dimensão Auto-Criticismo elevada, contrariamente ao observado na análise do MMPI-2.

Em relação às dimensões de vinculação da EVA, este grupo apresentou todos os valores dentro da média, sendo que a dimensão Conforto com a Proximidade foi mais elevada do que nos grupos 1 e 2. No entanto, da análise do MMPI-2 verificaram-se características que indicam maior desconfiança nos outros e menor conforto com a proximidade.

Verificou-se a existência de pontos comuns entre os grupos 1 e 2 e os grupos 2 e 3, não havendo semelhanças entre os grupos 1 e 3. Em conjunto, os grupos 1 e 2 apresentaram características relacionadas com sintomas depressivos, em que a falta de energia e a desmotivação são mais marcadas. Por sua vez, os grupos 2 e 3 apresentaram aspectos comuns a nível da perturbação do pensamento, onde os sentimentos de incapacidade são mais marcados, assim como ansiedade e tensão.



Pode-se referir que as relações sociais se mostraram perturbadas em todos os grupos. No entanto, o grupo 1 apresentou maior introversão e evitamento destas relações devido a desconforto perante elas, enquanto o grupo 3 se apresentou ansioso nestas relações evidenciando maior instabilidade. O grupo 2 apresentou um misto dos grupos 1 e 3, onde se verificou que o evitamento social se relaciona tanto com características de introversão social como com ansiedade e falta de autoconfiança.

Tendo em conta os objectivos propostos, percebeu-se que as relações entre as características da personalidade, os tipos de depressão e as dimensões da vinculação não foram possíveis de estabelecer através da comparação entre os instrumentos utilizados. As três configurações diferentes encontradas no MMPI-2, embora apresentassem características que se poderiam relacionar às dimensões do QED, não se mostraram diferenciadas por este inventário. No MMPI-2 o grupo 1 apresentou características que se relacionaram mais ao tipo de depressão introjectiva, sendo que no QED o grupo foi indefinido; e os grupos 2 e 3 apresentaram características mais relacionadas com o tipo de depressão anaclítica, sendo que no QED se caracterizaram como introjectivos.

Também na EVA não foi possível confirmar as relações existentes entre as dimensões da vinculação e as características da personalidade. No grupo 1, o MMPI-2 mostrou características relacionadas com a dimensão Conforto com a Proximidade baixa e não se verificaram características relacionadas com as outras duas dimensões, e a EVA apresentou a dimensão Confiança nos Outros baixa. No grupo 2, o MMPI-2 apresentou características que podiam indicar a dimensão Conforto com a Proximidade baixa e a dimensão Ansiedade alta, não havendo características relacionadas com a dimensão Confiança nos Outros, e a EVA indicou a dimensão Confiança nos Outros baixa. No grupo 3, o MMPI-2 apresentou características relacionadas com as dimensões Conforto com a Proximidade e Confiança nos Outros baixas, e a EVA não apresentou valores significativos.

Não foi possível relacionar os tipos de depressão com as dimensões de vinculação avaliados pelos instrumentos QED e EVA, pois estes não proporcionaram dados suficientemente diferenciadores. No entanto, através do MMPI-2 foi possível explorar algumas relações potenciais entre os tipos de depressão e a vinculação. A análise das configurações do MMPI-2 indicou uma possível associação da depressão introjectiva com elevado Conforto com a Proximidade interpessoal, enquanto a depressão anaclítica

poderá estar associada a baixo Conforto com a Proximidade e menor Confiança nos Outros.

Na análise dos itens relacionados com a ideação suicida percebeu-se que todos os participantes apresentaram sintomas relacionados com esta temática. O facto de não se verificarem diferenças significativas na ideação suicida entre os participantes mostra a presença marcada de pensamentos relacionados com o suicídio em pacientes com perturbação depressiva, mesmo quando estes não exteriorizam sinais relacionados com o suicídio.

## DISCUSSÃO

Os dados obtidos através do MMPI-2 permitiram diferenciar os três grupos, havendo características particulares que se podem relacionar com os tipos de depressão, introjectiva e anaclítica. No entanto, as três configurações não se apresentaram claras e explícitas.

A configuração do grupo 1 mostrou algumas características relacionadas com o tipo de depressão introjectiva, caracterizada por autocontrolo, a autocrítica, o isolamento social e sentimentos de culpa. No entanto, sintomas como a ansiedade e agitação marcadas, com características de obsessão e paranóia que também caracterizam este tipo de depressão (Blatt, 2008; Blatt, Quinlan, Chevron, McDonald, & Zuroff, 1982) não se evidenciaram neste grupo.

As configurações dos grupos 2 e 3 foram semelhantes, identificando-se diferenças a nível da intensidade e da diferenciação dessa intensidade nas diversas características, com o grupo 3 a apresentar uma intensidade menor e mais constante nas várias escalas. Estes grupos apresentaram maior presença de características relacionadas com o tipo de depressão anaclítica, onde se verificou maior perturbação a nível social, com dependência e conflitos nas relações interpessoais, comportamentos impulsivos, e sentimentos de não ser amado. No entanto, apresentaram também sintomas relacionados com a depressão introjectiva, como a ansiedade, características de obsessão e paranóia, que se relacionam mais com a depressão introjectiva (Blatt, 2008; Blatt, et al., 1982). Dadas estas configurações dos grupos 2 e 3, é possível colocar a hipótese de que estes perfis apresentem um tipo de depressão misto (*“mixed type”*), onde se verifica a presença de características dos dois tipos de depressão. Tal acontece em indivíduos que apresentam sintomas psiquiátricos mais graves, em que os sentimentos de dependência face aos outros podem levar a sentimentos relacionados com a introjectividade. Ao tentarem compensar estes sentimentos de desvalorização pessoal vão gerar novos sentimentos de dependência, criando-se um conflito intrapsíquico mais grave do que nos indivíduos com os tipos de depressão bem definidos (Blatt, 2008; Blatt, et al., 1982).

Neste estudo verificaram-se dificuldades em relação à diferenciação dos tipos de depressão, que podem estar relacionadas com vários factores. Um deles poderá estar

relacionado à situação clínica dos participantes, com a perturbação ainda em fase aguda internamento, o que se irá reflectir numa maior presença e intensidade dos sintomas. Estes sintomas vão interferir com o funcionamento dos indivíduos, impossibilitando uma avaliação correcta das suas características de personalidade.

Os resultados apresentados pelos instrumentos QED e EVA não se apresentaram discriminativos, pelo que não permitiram diferenciar os participantes entre si, nem identificá-los verdadeiramente na generalidade das dimensões em que é suposto os instrumentos permitirem. No caso do QED, a generalidade dos participantes foi caracterizada como casos de introjecção não obstante as diferenças reveladas a nível clínico e no padrão de personalidade identificado no MMPI-2. No caso da EVA os resultados não permitiram uma correcta identificação das diversas dimensões nos participantes.

No QED pode haver duas possibilidades de explicação para a pouca capacidade diferenciadora verificada. De acordo com o trabalho de Blatt e Zuroff (1992), o factor Auto-Criticismo tal como é avaliado pelo QED identifica características que se correlacionam mais com os sintomas depressivos como são avaliados tradicionalmente, ao contrário do factor Dependência que mede características depressivas não tão evidentes, como sejam as queixas somáticas. Tal facto fará com que este instrumento identifique mais indivíduos diagnosticados com perturbação depressiva como introjectivos. Assim, como é referido por vários autores (ver Campos, 2009), no que diz respeito ao QED este não reflecte uma operacionalização válida das dimensões anaclítica e introjectiva, principalmente em populações clínicas.

Outra explicação, que também poderá explicar a não significância dos resultados da EVA decorre da fragilidade das normas de referência existentes em Portugal. Estas foram derivadas de amostras não clínicas pelo que mostram pouca consistência para a avaliação da população clínica.

Tendo em conta a escassez de estudos com amostras clínica portuguesas e as limitações intrínsecas dos próprios instrumentos, considerámos não ser possível uma verdadeira análise das relações entre os tipos de depressão identificados pelo MMPI-2, as identificáveis pelo QED e as dimensões de vinculação que a EVA se propõe

sinalizar. Para a exploração destas relações são requeridas metodologias e técnicas mais adequadas e que tenham subjacentes estudos de validade suficientemente robustos.

## CONCLUSÕES

A observação e análise dos perfis clínicos do MMPI-2 dos diversos participantes deste estudo permitiram identificar três tipos de perfis com estruturas e elevações bem diferenciadas. Foram identificados três grupos de participantes, sendo cada grupo constituído por participantes com características similares entre si. Pelo contrário, os resultados do QED e da EVA não proporcionaram uma diferenciação significativa dos participantes nem uma relação específica destes com os perfis do MMPI-2, nem a nível individual nem dos perfis de grupo. Os resultados obtidos nestes dois últimos instrumentos não permitem então tirar conclusões acerca das medidas finais que proporcionam nem de relações entre as dimensões que os dois inventários se propõem medir.

Uma análise das características evidenciadas pelo MMPI-2 permitiu identificar sinais associados tanto com os tipos de depressão como com as dimensões de vinculação. Estas configurações parecem relacionar-se com a teoria de Blatt, onde a depressão anaclítica apresenta características que indicam problemas ao nível do relacionamento interpessoal, enquanto a depressão introjectiva se relaciona mais com perturbações relacionadas com a identidade pessoal.

A relação das configurações do MMPI-2 com os dois tipos de depressão de Blatt não foi ainda totalmente clara. As características evidenciadas pelo MMPI-2 indicaram uma melhor representação da depressão introjectiva do que da depressão anaclítica. Este último tipo de depressão, pelo facto de apresentar características relacionadas com a depressão introjectiva torna possível considerar a existência de uma representação do *tipo misto*. Dadas estas características, conclui-se que poderá haver maior dificuldade em diferenciar os tipos de depressão em contexto clínico, onde a intensidade dos sintomas mais marcada não permite uma avaliação explícita do verdadeiro funcionamento dos indivíduos.

A nível metodológico o estudo apresentou várias limitações, uma relacionada com a amostra e outra relacionada com os instrumentos de recolha de dados. A amostra foi restrita, maioritariamente do sexo feminino e constituída a partir de diagnósticos

psiquiátricos baseados sobretudo na semiologia, quando seria desejável uma amostra mais alargada e diversificada e com diagnósticos baseados em indicadores estruturais. Relativamente aos instrumentos, será de repensar a utilização do QED e da EVA. Na ausência de estudos de validade de constructo e de normas de referência mais específicas para diferentes amostras, não se afigura possível obter dados específicos para uma análise aprofundada das dimensões em causa.

A utilização de casos com diagnósticos psiquiátricos fez com que, provavelmente, não se tenha tido acesso a dados clínicos significativos, que poderiam ter contribuído para uma interpretação qualitativa e melhor aprofundada dos resultados. A selecção da amostra em situações clínicas requer especiais cuidados e não se pode basear apenas no diagnóstico e em informações clínicas breves. Neste estudo, não houve possibilidade de se realizar uma entrevista que permitisse obter informações mais completas sobre a história de vida e clínica dos participantes, que possibilitasse uma melhor compreensão da evolução dos sintomas e da perturbação.

Uma amostra mais variada no género teria permitido a realização de uma comparação da expressão das configurações entre os dois sexos. No estudo, pelo facto de a clínica psiquiátrica onde aconteceu a recolha de dados ter indivíduos do género feminino como principais pacientes não foi possível a aplicação dos instrumentos a mais elementos do sexo masculino.

Investigações futuras nesta área serão necessárias para se perceber de forma mais clara as complexas relações estruturais entre estas importantes dimensões do funcionamento psicológico. Para tal serão úteis amostras mais amplas, onde um número maior de participantes e uma maior diversidade de género se mostram desejáveis.

Seria igualmente interessante incluir grupos com características clínicas diferentes, nomeadamente com população clínica em fase não aguda e/ou população não clínica. Ao relacionar a situação clínica dos participantes com os resultados das várias configurações e dimensões seria possível perceber as particularidades que diferenciam as condições clínicas.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4<sup>th</sup> ed. rev.). Washington, DC: APA
- Bartholomew, K. & Horowitz, L. (1991). Attachment styles among young adults: a four category model of attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 226–241.
- Ben-Porath, Y. S. & Archer, R. P. (2008). The MMPI-2 and MMPI-A. In Archer, R. P. & Smith, S. R. (Eds), *Personality assessment*. New York : Routledge
- Besser, A. (2005). Interpersonal relatedness and self-definition: Two primary lines of personality development and experiences of depression. *Personality and Individual Differences*, 38(6), 1487-1490.
- Blatt, S. J. & Blass, R. B. (1992). Relatedness and self-definition: Two primary dimensions in personality development, psychopathology, and psychotherapy. In J. W. Barron, M. N. Eagle & D. L. Wolitzky (Eds.), *Interface of Psychoanalysis and Psychology* (pp. 399-428). Washington: American Psychological Association.
- Blatt, S. J. & Homann, E. (1992). Parent-child interaction in the etiology of dependent and self-critical depression. *Clinical Psychology Review*, 12(1), 47-91.
- Blatt, S. J. & Lerner, H. (1983). Psychodynamic perspectives on personality theory. In M. Hersen & A. S. Bellack (Eds.), *The clinical psychology handbook* (pp. 87-106). New York Pergamon Press.
- Blatt, S. J. & Levy, K. (2003). Attachment Theory, Psychoanalysis, Personality Development, and Psychopathology. *Psychoanalytic Inquiry*, 23(1), 102-150.
- Blatt, S. J. & Levy, K. N. (1998). A psychodynamic approach to the diagnosis of psychopathology. In J. W. Barron (Eds.), *Making diagnosis meaningful: Enhancing evaluation and treatment of psychological disorders* (pp. 73-109). Washington: American Psychological Association.



- Blatt, S. J. & Luyten, P. (2009). A structural–developmental psychodynamic approach to psychopathology: Two polarities of experience across the life span. *Development and Psychopathology*, 21, 793-814.
- Blatt, S. J. & Zuroff, D. C. (1992). Interpersonal relatedness and self-definition: Two prototypes for depression. *Clinical Psychology Review*, 12(5), 527-562.
- Blatt, S. J. (2008). *Polarities of Experience – Relatedness and Self-Definition in Personality Development, Psychopathology, and the Therapeutic Process*. Washington: American Psychological Association.
- Blatt, S. J., Besser, A., & Ford, R. Q. (2007). Two Primary Configurations of Psychopathology and Change in Thought Disorder in Long-Term Intensive Inpatient Treatment of Seriously Disturbed Young Adults. *American Journal of Psychiatry*, 164(10), 1561-1567.
- Blatt, S. J., Cornell, C. E., & Eshkol, E. (1993). Personality style, differential vulnerability, and clinical course in immunological and cardiovascular disease. *Clinical Psychology Review*, 13(5), 421-450.
- Blatt, S. J., Quinlan, D. M., Chevron, E. S., McDonald, C. & Zuroff, D. (1982). Dependency and selfcriticism: Psychological dimensions of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50 (1), 113-124.
- Blatt, S. J., Zohar, A. H. Quinlan, D. M., Zuroff, D. C., & Mongrain, M. (1995). Subscales within the dependency factor of the Depressive Experiences Questionnaire. *Journal of Personality Assessment*, 64 (2), 319-339.
- Bowlby, J. (1958). A natureza da ligação da criança com a mãe. In Soczka, L., *As ligações infantis*. Amadora: Livraria Bertrand.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss*. Vol.1: *Attachment*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss*. Vol.2: *Separation*. New York: Basic Books.

- Bretherton, I. (1985), Attachment theory: Retrospect and prospect. In Bretherton, I. & Waters, E., *Growing points of attachment theory and research. Monographs of the Society for Research in Child Development* (pp. 3-35). n.<sup>os</sup> 1-2, serial n.º 209.
- Butcher, J. N. & Beutler, L. E. (2005). The MMPI-2. In Beutler, L. E. & Groth-Marnat, G. (Ed), *Integrative Assessment of Adult Personality*. New York: The Guilford Press.
- Butcher, J. N., Graham, J. R., Ben-Porath, Y. S., Tellegen, A., Dahlstrom, W. G. & Kaemmer, B. (2001). *MMPI-2 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory – 2) Manual for Administration, Scoring, and Interpretation*. Minneapolis: University of Minnesota Press
- Campos, R. C. (2000) Adaptação do Questionário de Experiências Depressivas (de Sidney Blatt e colegas) para a população portuguesa. *Análise Psicológica*, 18, 285–309.
- Campos, R. C. (2006). *"Depressivos somos nós": Um estudo de conceptualização e avaliação da personalidade depressiva e da depressão*. Dissertação de Doutoramento, Universidade de Évora, Évora.
- Campos, R. C. (2008). *Depressão, personalidade e dimensionalidade do fenómeno depressivo*. Comunicação Apresentada no II Fórum Internacional de Psicologia Clínica e Psicoterapias dinâmicas: Desafios actuais, Lisboa. Resumo retirado de <http://dspace.uevora.pt/otic/bitstream/10174/1238/1/Forum+Psicologia+Clinica.pdf>
- Campos, R. C. (2009). *Questionário de Experiências Depressivas: Manual*. Évora, Portugal: Edição do Departamento de Psicologia da Universidade de Évora
- Campos, R. C., Besser, A., & Blatt, S. J. (2010). The mediating role of self-criticism and dependency in the association between perceptions of maternal caring and depressive symptoms. *Depression & Anxiety*, 27(12), 1149-1157.
- Canavarro, M. C. (1997). Relações afectivas ao longo do ciclo de vida e saúde mental. Dissertação de doutoramento em Psicologia Clínica apresentada à Faculdade de

Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Coimbra, Portugal.

- Canavarro, M. C. (1999). *Relações Afectivas e Saúde Mental*. Coimbra: Editora Quarteto.
- Canavarro, M. C., Dias, P. & Lima, V. (2006). A Avaliação da Vinculação do Adulto: uma revisão crítica a propósito da aplicação da Adult Attachment Scale-R (AAS-R) na população Portuguesa. *Psicologia*, 20(1), 155-186.
- Clarkin, J. F. (2006). Conceptualization and treatment of personality disorders. *Psychotherapy Research*, 16(1), 1-11.
- Collins, N. L. & Read, S. J. (1990), Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 644–663.
- Edwards, E. L., Holmes, C. B. & Carvajal, H. H. (1998) Oral and Booklet Presentation of MMPI-2. *Journal of Clinical Psychology*, 54(5), 593-596.
- Faria, C., Fonseca, M., Lima, V. S., Soares, I. & Klein, J. (2007). Vinculação na idade adulta. In Soares, I. (coord.). *Relações de vinculação ao longo do desenvolvimento: teoria e avaliação*. Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Friedman, A. L., Lewak, R. & Nichols, D. S. (2001). Psychological assessment with the MMPI-2. New Jersey: Lawrence Erlbaum
- Gotlib, H. & Hammen, C. L. (2002). Introduction. In H. Gotlib & C. L. Hammen (Eds.), *Handbook of depression* (pp. 1-20). New York: Guilford Press.
- Greene, R. L. (2000). *The MMPI-2: an interpretive manual*. Boston: Allyn and Bacon
- Guisinger, S. & Blatt, S. J. (1994). Individuality and relatedness. *American Psychologist*, 49(2), 104.
- Hazan, C. & Shaver, P. R. (1987), Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 511–524.

- Hazan, C., Campa, M. & Gur-Yaish, N. (2006). What is Adult Attachment? In M. Mikulincer & G. S. Goodman (Eds.), *Dynamics of Romantic Love: Attachment, Caregiving, and Sex*. New York: The Guilford Press
- Jones, E. E. (1998). Depression: Intervention as Assessment. In Barron, J. & W. (Eds.), *Making diagnosis meaningful: Enhancing evaluation and treatment of psychological disorders* (pp. 267-297). Washington: American Psychological Association.
- Klohnen, E. C. & John, O. P. (1998). Working Models of Attachment - A Theory-Based Prototype Approach. In Simpson, J. A. & Rholes, W. S. *Attachment theory and close relationships*. New York: Guilford.
- Lerner, R. M., Lerner, J. V., Almerigi, J., & Theokas, C. (2006). Dynamics of Individual Context Relations in Human Development: A Developmental Systems Perspective. In J. C. Thomas & D. L. Segal (Eds.), *Comprehensive handbook of personality and psychopathology* (Vol. Volume 1: Personality and everyday functioning, pp. 23-43). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Levy, K. N., Blatt, S. J., & Shaver, P. R. (1998). Attachment Styles and Parental Representations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(2), 407-419.
- Luyten, P. & Blatt, S. J. (2011). Integrating theory-driven and empirically-derived models of personality development and psychopathology: A proposal for DSM V. *Clinical Psychology Review*, 31, 52-68.
- Lyddon, W. & Sherry, A. (2001). Developmental personality styles: An attachment theory conceptualization of personality disorders. *Journal of Counseling and Development*, 79, 405-414.
- Main, M., Kaplan, N. & Cassidy, J. (1985). Security in Infancy, Childhood, and Adulthood: A Move to the Level of Representation. In: Growing Points in Attachment Theory and Research, ed. I. Bretherton & E. Waters. *Monographs of the Society for Research in Child Development* (pp. 66-104).n.<sup>os</sup> 1-2, serial n.<sup>o</sup> 209.

- McAdams, D. P. & Olson, B.D. (2010). Personality Development: Continuity and Change Over the Life Course. *Annual Review of Psychology*, 61, 517–542.
- Mikulincer, M & Shaver, P. R. (2007). *Attachment in adulthood: structure, dynamics, and change*. New York : The Guilford Press
- Millon, T. & Grossman, S. D. (2006). Goals of a Theory of Personality. In J. C. Thomas & D. L. Segal (Eds.), *Comprehensive handbook of personality and psychopathology* (Vol. Volume 1: Personality and everyday functioning, pp. 3-22). New Jersey John Wiley & Sons, Inc.
- Novo, R. F. (2000). *Para Além da Eudaimonia – O Bem-Estar em Mulheres na Idade Adulta Avançada*. Dissertação de doutoramento em Psicologia Clínica apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa. Lisboa: Portugal
- Ramalho, C. S. R. C. (2008). *(Os) Nós e os Laços: Vinculação, Suporte Social e Bem-Estar em Jovens Adultos*. Dissertação de Mestrado em Psicologia apresentado à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.
- Silva, D., Novo, R., Prazeres, N., & Pires, R. (2006). *Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota (Adultos): Versão experimental portuguesa do MMPI-2*. Lisboa: Centro de Investigação em Psicologia e Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa
- Simpson, J. A. & Rholes, W. S. (1998). Attachment in Adulthood. In Simpson, J. A. & Rholes, W. S. *Attachment theory and close relationships*. New York: Guilford.
- Soares, I, Martins, E. & Tereno, S. (2007). Vinculação na Infância. In Soares, I. (coord.). *Relações de vinculação ao longo do desenvolvimento: teoria e avaliação*. Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Soares, I. (2007). Desenvolvimento da teoria e da investigação da vinculação. In Soares, I. (coord.). *Relações de vinculação ao longo do desenvolvimento: teoria e avaliação*. Braga: Psiquilíbrios Edições.

- Triandis, H. C., & Suh, E. M. (2002). Cultural Influences on Personality. *Annual Review of Psychology*, 53, 133-160.
- Trull, T. J. & Durrett, C. A. (2005). Categorical and Dimensional Models of Personality Disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 355-380.
- Weiner, R. B. & Greene, R. L. (2008). *Handbook of personality assessment*. New Jersey: John Wiley & Sons.
- Wolitzky, D. L. (2006). Psychodynamic Theories. In J. C. Thomas & D. L. Segal (Eds.), *Comprehensive handbook of personality and psychopathology* (Vol. Volume 1: Personality and everyday functioning, pp. 65-95). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- World Health Organization (1992). *International Classification of Diseases (10th rev.)*. Retirado em 26/06/2011, de <http://www.who.int/classifications/icd/en/>
- World Health Organization. Retirado em 6/Maio/2010, de [http://www.who.int/mental\\_health/management/depression/definition/en/](http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/)
- Zuroff, D. C. & Fitzpatrick, D. K. (1995). Depressive personality styles: Implications for adult attachment. *Personality and Individual Differences*, 18(2), 253-265.

## **ANEXOS**

## **Anexo A.**

Descrição sumária dos dados sociodemográficos e clínicos de cada participante

### Dados Sociodemográficos dos participantes

| <b>Participante</b> | <b>Género</b> | <b>Idade</b> | <b>Estado Civil</b> | <b>Número de elementos<br/>do agregado familiar</b> | <b>Escolaridade</b> | <b>Profissão</b>               |
|---------------------|---------------|--------------|---------------------|---|---------------------|--------------------------------|
| 1                   | Feminino      | 35           | Divorciada          | 3   | 3ºciclo             | ”Contacto directo com público” |
| 2                   | Feminino      | 51           | Divorciada          | Não respondeu                                       | 3ºciclo             | Administrativa                 |
| 3                   | Feminino      | 56           | Casada              | 4   | 1ºciclo             | Empregada de armazém           |
| 4                   | Feminino      | 46           | Casada              | 5   | Licenciatura        | Educadora infância             |
| 5                   | Feminino      | 50           | Divorciada          | 2   | Licenciatura        | Jurista                        |
| 6                   | Masculino     | 45           | Casado              | 2   | 1ºciclo             | Auxiliar de serviços gerais    |
| 7                   | Feminino      | 34           | Solteira            | 6   | Licenciatura        | Enfermeira                     |
| 8                   | Feminino      | 60           | Divorciada          | 3   | Secundário          | Secretária                     |
| 9                   | Feminino      | 50           | Casada              | 3   | 1ºciclo             | Escritorária                   |
| 10                  | Feminino      | 44           | Divorciada          | 3   | 3ºciclo             | Recepcionista                  |



## Dados Clínicos dos Participantes

| Participante | Diagnóstico   | Suicídio              | História Perturbação/Características  | Tempo da perturbação |
|--------------|---|-----------------------|---|----------------------|
| 1            | Perturbação Depressiva actualmente leve (F33.2-F33.0)                         | Tentativa de suicídio | Refere problemas no trabalho  | 20 anos              |
| 2            | Perturbação Depressiva leve (F32)   | Ideação suicida       | Teve cancro nos pulmões há 2 anos, tendo ficado pior da perturbação depressiva;<br>Psiquiatra com dúvidas sobre possibilidade de depressão major  | 10/12 anos           |
| 3            | Perturbação Depressiva actualmente grave sem sintomatologia psicótica (F33.2) | Tentativa de suicídio | História de internamentos anteriores;<br>A vida que tem é stressante;   | 7 anos               |
| 4            | Depressão Major   | Não                   | Desde o nascimento dos filhos, que desenvolveu a perturbação Diagnosticada com perturbação bipolar há 8 anos;<br>Diagnosticada há 2 anos com depressão major;<br>História de internamentos anteriores em curto espaço de tempo; | 20 anos              |
| 5            | Perturbação afectiva bipolar  | Tentativa de suicídio | Diagnóstico anterior de depressão major;<br>Conflitos com os colegas de trabalho<br>Mãe e pai fizeram tentativas de suicídio<br>Refere que também tem fibromialgia  | 1,5 ano              |
| 6            | Depressão Major   | Ideação Suicida       | Ataques de pânico desde os 17 anos;<br>História de internamentos anteriores;<br>Internamento actual porque se sente mal no trabalho;<br>Afirma ter depressão nervosa;   | 12 anos              |
| 7            | Episódios depressivos (F32) e Perturbação do Comportamento alimentar (F50)    | Tentativa de suicídio | Tem a perturbação há 4 anos, mas é acompanhada há 1 ano;<br>História de automutilação;<br>Foi para África, aí recordou acontecimentos do passado, e voltou;   | 4 anos               |
| 8            | Depressão   | Não                   | Refere que tem a perturbação há 17 anos<br>Refere que tem dificuldade em relacionar-se com as outras pessoas;<br>Diz que tem dificuldade em confiar nas outras pessoas  | 17 anos              |
| 9            | Depressão   | Não                   | Sente-se stressada pelos problemas gerais da vida;<br>A sua doença é stressante<br>Lentificação motora<br>Baixo <i>insight</i>  | 2 anos               |
| 10           | Depressão   | Tentativa de suicídio | Tentativa de suicídio muito agressiva<br>Discurso lentificado<br>Baixo <i>insight</i>   | 10 anos              |

## Anexo B.

Valores das normas de referência para as Escalas de Validade do MMPI-2, para o QED e para a EVA

Valores das normas de referência para as Escalas de Validade do MMPI-2

|                    | VRIN | TRIN | F   | Fb  | Fp  | L  | K  | S   |
|--------------------|------|------|-----|-----|-----|----|----|-----|
| Limite Superiores  | 80   | 80   | 100 | 110 | 100 | 80 | 65 | T70 |
| Limites Inferiores |      |      |     |     |     |    | 40 |     |

*Nota.* Valores expressos em Notas T

Valores das normas de referência para o QED

|                    | Factor Dependência |     | Factor Auto-Criticismo |     |
|--------------------|--------------------|-----|------------------------|-----|
|                    | ♀                  | ♂   | ♀                      | ♂   |
| Limites Superiores | 5.7                | 5.4 | 5.7                    | 5.6 |
| Limites Inferiores | 4                  | 3.6 | 3.5                    | 4   |

Valores das normas de referência para a EVA

|                    | Ansiedade | Conforto com a Proximidade | Confiança nos Outros |
|--------------------|-----------|----------------------------|----------------------|
| Limite Superiores  | 3.17      | 4.07                       | 3.8                  |
| Limites Inferiores | 1.69      | 2.91                       | 2.74                 |

## Anexo C.

Resultados de cada participante nas Escalas de Validade

|         | Participantes | VRIN      | TRIN      | F          | Fb         | Fp         | L         | K         | S         |
|---------|---------------|-----------|-----------|------------|------------|------------|-----------|-----------|-----------|
| Grupo 1 | 1             | 78        | 58        | 65         | 70         | 65         | <b>81</b> | 56        | 49        |
|         | 7             | 62        | 58        | 61         | 77         | 81         | <b>81</b> | 50        | 57        |
| Grupo 2 | 2             | 66        | 58        | <b>120</b> | 97         | 89         | 52        | <b>37</b> | <b>36</b> |
|         | 3             | <b>82</b> | <b>80</b> | <b>120</b> | <b>120</b> | <b>120</b> | 62        | 46        | 43        |
|         | 6             | 69        | <b>86</b> | 89         | 108        | 84         | 65        | 51        | 49        |
|         | 9             | <b>82</b> | 65        | <b>120</b> | <b>120</b> | <b>120</b> | 57        | 43        | 43        |
|         | 10            | 58        | 73        | <b>120</b> | <b>120</b> | <b>120</b> | 62        | <b>39</b> | <b>31</b> |
| Grupo 3 | 4             | 54        | <b>88</b> | 82         | 85         | 73         | 62        | <b>30</b> | <b>40</b> |
|         | 5             | 54        | 58        | <b>116</b> | 108        | <b>105</b> | 62        | 48        | 41        |
|         | 8             | <b>86</b> | 58        | 89         | 93         | 41         | 62        | 43        | <b>33</b> |

*Nota.* Valores expressos em Notas T; Valores significativos a negrito

## Anexo D.

Resultados de cada participante nas Escalas de Personalidade Psy-5

|         | Participantes | AGGR      | PSYC       | DISC      | NEGE      | INTR      |
|---------|---------------|-----------|------------|-----------|-----------|-----------|
| Grupo1  | 1             | 53        | 53         | 46        | 53        | 60        |
|         | 7             | <b>32</b> | 41         | <b>37</b> | 52        | <b>86</b> |
| Grupo 2 | 2             | 57        | <b>93</b>  | 51        | <b>81</b> | <b>86</b> |
|         | 3             | 49        | <b>87</b>  | 42        | <b>68</b> | <b>83</b> |
|         | 6             | 48        | <b>75</b>  | <b>37</b> | <b>66</b> | <b>66</b> |
|         | 9             | 61        | <b>87</b>  | 49        | 57        | <b>78</b> |
|         | 10            | <b>66</b> | <b>103</b> | 46        | <b>72</b> | 60        |
| Grupo 3 | 4             | <b>71</b> | <b>66</b>  | 54        | <b>75</b> | <b>39</b> |
|         | 5             | <b>71</b> | 60         | 60        | <b>68</b> | <b>76</b> |
|         | 8             | 46        | <b>75</b>  | 56        | <b>84</b> | 60        |

*Nota.* Valores expressos em Notas T; Valores significativos a negrito

## Anexo E.

Resultados de cada participante nas Subescalas Clínicas Harris-Lingoes

Resultados nos primeiros 3 grupos das Subescalas Clínicas Harris-Lingoes

|         | Participantes | D1        | D2        | D3         | D4         | D5        | Hy1       | Hy2       | Hy3       | Hy4       | Hy5       | Pd1       | Pd2       | Pd3       | Pd4       | Pd5       |
|---------|---------------|-----------|-----------|------------|------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Grupo 1 | 1             | <b>75</b> | <b>73</b> | <b>85</b>  | <b>84</b>  | <b>68</b> | 56        | 50        | <b>91</b> | 53        | 54        | 50        | 53        | 58        | <b>65</b> | <b>77</b> |
|         | 7             | <b>86</b> | <b>73</b> | <b>78</b>  | <b>88</b>  | <b>78</b> | <b>35</b> | 59        | <b>83</b> | <b>69</b> | 54        | 44        | 46        | <b>30</b> | 60        | <b>82</b> |
| Grupo 2 | 2             | <b>91</b> | <b>79</b> | <b>78</b>  | <b>102</b> | <b>83</b> | <b>35</b> | <b>38</b> | <b>95</b> | <b>85</b> | 62        | 50        | 46        | <b>30</b> | <b>86</b> | <b>92</b> |
|         | 3             | <b>89</b> | <b>73</b> | <b>70</b>  | <b>88</b>  | <b>89</b> | <b>35</b> | 50        | <b>79</b> | <b>77</b> | <b>39</b> | <b>38</b> | <b>69</b> | <b>41</b> | 45        | <b>77</b> |
|         | 6             | <b>87</b> | <b>87</b> | <b>83</b>  | <b>105</b> | <b>85</b> | 51        | 63        | <b>79</b> | <b>91</b> | 48        | <b>65</b> | 60        | 51        | <b>82</b> | <b>72</b> |
|         | 9             | <b>79</b> | <b>68</b> | <b>70</b>  | <b>97</b>  | <b>73</b> | <b>35</b> | 42        | <b>79</b> | <b>77</b> | 62        | <b>38</b> | 61        | <b>41</b> | <b>70</b> | <b>72</b> |
|         | 10            | <b>86</b> | 57        | <b>93</b>  | <b>84</b>  | <b>78</b> | <b>30</b> | <b>30</b> | <b>95</b> | <b>93</b> | 54        | <b>74</b> | 53        | <b>35</b> | <b>81</b> | <b>87</b> |
| Grupo 3 | 4             | <b>77</b> | 46        | <b>85</b>  | <b>88</b>  | <b>83</b> | <b>35</b> | 42        | <b>91</b> | <b>69</b> | <b>31</b> | <b>38</b> | <b>38</b> | <b>41</b> | <b>65</b> | <b>82</b> |
|         | 5             | <b>84</b> | 46        | <b>85</b>  | <b>93</b>  | <b>78</b> | 56        | <b>38</b> | <b>91</b> | 61        | 54        | 44        | <b>77</b> | 58        | <b>81</b> | <b>77</b> |
|         | 8             | <b>86</b> | 57        | <b>107</b> | <b>88</b>  | <b>73</b> | 51        | <b>30</b> | <b>91</b> | <b>85</b> | 54        | <b>74</b> | 46        | 52        | <b>86</b> | <b>82</b> |

*Nota.* Valores expressos em Notas T; Valores significativos a negrito

Resultados nos últimos 4 grupos das Subescalas Clínicas Harris-Lingoes

|         | Participantes | Pa1        | Pa2       | Pa3       | Sc1       | Sc2        | Sc3        | Sc4        | Sc5       | Sc6        | Ma1       | Ma2       | Ma3       | Ma4       | Si1       | Si2       |
|---------|---------------|------------|-----------|-----------|-----------|------------|------------|------------|-----------|------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Grupo 1 | 1             | 51         | <b>65</b> | <b>36</b> | 61        | <b>76</b>  | <b>74</b>  | <b>85</b>  | 59        | 59         | 45        | <b>40</b> | 56        | 49        | 41        | 42        |
|         | 7             | 51         | 46        | 60        | 53        | <b>76</b>  | <b>80</b>  | <b>70</b>  | 53        | 50         | <b>37</b> | <b>35</b> | 50        | 43        | <b>71</b> | <b>69</b> |
| Grupo 2 | 2             | <b>105</b> | <b>84</b> | <b>50</b> | <b>84</b> | <b>104</b> | <b>104</b> | <b>100</b> | <b>97</b> | <b>104</b> | 54        | <b>65</b> | <b>30</b> | 56        | <b>68</b> | <b>65</b> |
|         | 3             | <b>93</b>  | <b>78</b> | <b>55</b> | <b>88</b> | <b>113</b> | <b>98</b>  | <b>100</b> | <b>78</b> | <b>95</b>  | 54        | 50        | 43        | 49        | 63        | <b>69</b> |
|         | 6             | <b>112</b> | <b>68</b> | <b>56</b> | <b>88</b> | <b>98</b>  | <b>90</b>  | <b>92</b>  | <b>54</b> | <b>75</b>  | 50        | <b>39</b> | 47        | 50        | 48        | 45        |
|         | 9             | <b>105</b> | <b>78</b> | <b>41</b> | <b>69</b> | <b>104</b> | <b>92</b>  | <b>90</b>  | <b>72</b> | <b>91</b>  | 45        | 50        | 56        | 43        | 52        | 60        |
|         | 10            | <b>120</b> | <b>78</b> | <b>45</b> | <b>92</b> | <b>95</b>  | <b>98</b>  | <b>90</b>  | <b>85</b> | <b>109</b> | 62        | 45        | 43        | <b>86</b> | 60        | 51        |
| Grupo 3 | 4             | <b>69</b>  | <b>78</b> | 41        | <b>65</b> | <b>95</b>  | <b>104</b> | <b>100</b> | <b>91</b> | <b>100</b> | 62        | <b>70</b> | 50        | <b>68</b> | 55        | 42        |
|         | 5             | <b>81</b>  | <b>84</b> | 50        | 61        | <b>104</b> | <b>92</b>  | <b>90</b>  | <b>72</b> | <b>81</b>  | 54        | 55        | 50        | 62        | 44        | 42        |
|         | 8             | <b>93</b>  | <b>65</b> | <b>31</b> | <b>84</b> | <b>76</b>  | <b>86</b>  | <b>80</b>  | <b>85</b> | <b>77</b>  | 54        | 60        | 62        | 62        | 49        | 42        |

*Nota.* Valores expressos em Notas T; Valores significativos a negrito

**Anexo F.**

Resultados de cada participante nas Escalas de Conteúdo

|         | Participantes | ANX       | FRS       | OBS       | DEP       | HEA       | BIZ        | ANG       | CYN       | ASP       | TPA       | LSE       | SOD       | FAM       | WRK       | TRT       |
|---------|---------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Grupo 1 | 1             | 53        | <b>72</b> | 53        | <b>72</b> | <b>70</b> | 47         | 47        | 54        | 49        | 43        | 47        | 44        | 50        | 59        | 59        |
|         | 7             | 55        | 56        | 63        | <b>73</b> | 61        | 52         | 45        | 50        | <b>39</b> | 43        | <b>86</b> | <b>77</b> | <b>39</b> | <b>69</b> | <b>77</b> |
| Grupo 2 | 2             | <b>84</b> | <b>72</b> | <b>71</b> | <b>90</b> | <b>87</b> | <b>87</b>  | <b>68</b> | 58        | 49        | <b>81</b> | <b>78</b> | <b>75</b> | <b>65</b> | <b>86</b> | <b>79</b> |
|         | 3             | <b>69</b> | <b>72</b> | <b>67</b> | <b>85</b> | <b>87</b> | <b>90</b>  | 56        | 54        | 59        | 64        | <b>76</b> | <b>72</b> | 62        | <b>76</b> | <b>84</b> |
|         | 6             | <b>77</b> | 60        | <b>70</b> | <b>90</b> | <b>80</b> | <b>77</b>  | 43        | 52        | 42        | 48        | <b>75</b> | 50        | <b>80</b> | <b>83</b> | <b>89</b> |
|         | 9             | <b>76</b> | <b>75</b> | 50        | <b>85</b> | <b>74</b> | <b>90</b>  | <b>68</b> | 58        | 54        | <b>69</b> | <b>65</b> | <b>65</b> | 55        | <b>67</b> | <b>74</b> |
|         | 10            | <b>74</b> | <b>75</b> | <b>67</b> | <b>88</b> | <b>85</b> | <b>108</b> | <b>76</b> | <b>72</b> | <b>66</b> | <b>81</b> | <b>76</b> | 63        | <b>83</b> | <b>84</b> | <b>92</b> |
| Grupo 3 | 4             | <b>81</b> | 59        | <b>75</b> | <b>87</b> | <b>70</b> | <b>70</b>  | 60        | 61        | 59        | <b>77</b> | 57        | 44        | 52        | <b>73</b> | <b>72</b> |
|         | 5             | <b>74</b> | <b>85</b> | <b>67</b> | <b>90</b> | <b>77</b> | 61         | <b>68</b> | 58        | <b>69</b> | <b>73</b> | <b>68</b> | 49        | 55        | <b>69</b> | <b>74</b> |
|         | 8             | <b>81</b> | <b>75</b> | 59        | <b>77</b> | <b>77</b> | 64         | 64        | <b>67</b> | 63        | 64        | <b>76</b> | 51        | <b>70</b> | <b>73</b> | <b>74</b> |

*Nota.* Valores expressos em Notas T; Valores significativos a negrito

## Anexo G.

Resultados de cada participante nas Escalas Suplementares

|         | Participantes | A         | R         | Es        | Do        | Re        | Mt        | PK        | MDS       | Ho        | O-H       | MAC-R     | AAS       | APS       | GM        | GF        |
|---------|---------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Grupo 1 | 1             | 58        | <b>67</b> | <b>35</b> | <b>39</b> | <b>65</b> | <b>68</b> | 64        | <b>72</b> | 51        | <b>74</b> | 50        | 39        | <b>36</b> | <b>38</b> | 53        |
|         | 7             | <b>66</b> | <b>83</b> | <b>30</b> | <b>30</b> | 56        | <b>65</b> | <b>72</b> | 55        | 46        | 63        | <b>40</b> | 50        | 50        | <b>33</b> | 53        |
| Grupo 2 | 2             | <b>82</b> | <b>67</b> | <b>30</b> | <b>30</b> | <b>35</b> | <b>84</b> | <b>93</b> | <b>76</b> | <b>68</b> | 44        | 59        | <b>67</b> | 55        | <b>32</b> | 48        |
|         | 3             | <b>71</b> | 62        | <b>30</b> | <b>35</b> | <b>32</b> | <b>72</b> | <b>87</b> | <b>68</b> | 63        | 59        | <b>72</b> | 61        | <b>33</b> | <b>38</b> | <b>35</b> |
|         | 6             | <b>81</b> | 61        | <b>30</b> | <b>30</b> | 52        | <b>74</b> | <b>82</b> | <b>92</b> | 56        | 55        | 48        | 46        | 41        | <b>30</b> | 57        |
|         | 9             | <b>68</b> | 54        | <b>30</b> | <b>39</b> | <b>30</b> | <b>71</b> | <b>78</b> | 63        | 55        | 55        | <b>67</b> | 44        | 52        | <b>40</b> | 43        |
|         | 10            | <b>80</b> | <b>31</b> | <b>30</b> | <b>30</b> | <b>38</b> | <b>78</b> | <b>93</b> | <b>76</b> | <b>78</b> | 59        | <b>75</b> | <b>84</b> | 31        | <b>30</b> | <b>33</b> |
| Grupo 3 | 4             | <b>78</b> | <b>39</b> | <b>30</b> | <b>32</b> | 50        | <b>78</b> | <b>87</b> | 55        | <b>70</b> | <b>33</b> | <b>75</b> | 56        | 63        | <b>36</b> | <b>30</b> |
|         | 5             | <b>68</b> | <b>65</b> | <b>30</b> | <b>39</b> | <b>30</b> | <b>72</b> | <b>92</b> | <b>72</b> | 60        | 59        | <b>72</b> | 56        | 47        | 46        | <b>33</b> |
|         | 8             | <b>68</b> | 49        | <b>30</b> | <b>30</b> | <b>38</b> | <b>82</b> | <b>83</b> | <b>72</b> | 64        | 55        | 56        | 61        | 47        | <b>32</b> | <b>30</b> |

*Nota.* Valores expressos em Notas T; Valores significativos a negrito



## Anexo H.

Resultados de cada participante nos factores Auto-Criticismo e Dependência do QED

|         | Participantes | Auto-Criticismo | Dependência | Tipo de Depressão |
|---------|---------------|-----------------|-------------|-------------------|
| Grupo 1 | 1             | 4.27            | <b>5.91</b> | Introjectivo      |
|         | 7             | <b>5.70</b>     | 5.35        | Indefinido        |
| Grupo 2 | 2             | 5.66            | <b>5.82</b> | Introjectivo      |
|         | 3             | 5.28            | <b>5.81</b> | Introjectivo      |
|         | 6             | <b>3.79</b>     | <b>6.79</b> | Introjectivo      |
|         | 9             | 4.81            | 4.94        | Indefinido        |
|         | 10            | 4.64            | <b>5.80</b> | Introjectivo      |
| Grupo 3 | 4             | 5.39            | 5.55        | Indefinido        |
|         | 5             | 4.27            | 5.53        | Indefinido        |
|         | 8             | 4.09            | <b>6.28</b> | Introjectivo      |

*Nota.* Valores significativos a negrito

## Anexo I.

Resultados de cada participante nas dimensões Ansiedade, Conforto com a Proximidade e Confiança nos Outros da EVA

|         | Participantes | Ansiedade   | Conforto com a Proximidade | Confiança nos Outros |
|---------|---------------|-------------|----------------------------|----------------------|
| Grupo 1 | 1             | 1.83        | 3.17                       | <b>2.17</b>          |
|         | 7             | <b>3.33</b> | <b>2.83</b>                | 3.17                 |
| Grupo 2 | 2             | 2.83        | <b>2.67</b>                | 2.83                 |
|         | 3             | 3.00        | 3.33                       | <b>2.00</b>          |
|         | 6             | <b>3.33</b> | 3.00                       | 3.50                 |
|         | 9             | <b>4.00</b> | 3.00                       | <b>1.67</b>          |
|         | 10            | 2.17        | <b>2.83</b>                | <b>2.50</b>          |
| Grupo 3 | 4             | <b>3.33</b> | 3.50                       | 3.33                 |
|         | 5             | 1.83        | <b>4.33</b>                | <b>2.33</b>          |
|         | 8             | 3.17        | 3.17                       | 3.00                 |

*Nota.* Valores significativos a negrito